

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

55

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Nicolas MIHAÏLOFF

Né le 27 Avril 1906 à Bucarest (Roumanie)

**Contribution à l'Etude
de la Tuberculose du Testicule
à forme Hypertrophique**

Président : Monsieur M. CHEVASSU, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°.....

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Nicolas MIHAÏLOFF

Né le 27 Avril 1906 à Bucarest (Roumanie)

Contribution à l'Etude de la Tuberculose du Testicule à forme Hypertrophique

Président : Monsieur M. CHEVASSU, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen

G. ROUSSY

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIERE.
Physiologie	PROUST.
Physique médicale	BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	LAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	MARION.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGEANT.
	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHT Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophthalmologie.....	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Obstétrique.....	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Gbistétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Madame CAMILLE PIETRI

A Monsieur CAMILLE PIETRI

Conseiller général de la Corse

Hommage affectueux et reconnaissant pour l'amitié qu'ils m'ont toujours témoignée.

A Monsieur F. BELIN

*Directeur adjoint de l'Ecole Supérieure
de Commerce de Paris*

Toute ma gratitude pour la bienveillance qu'il m'a témoignée.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur M. CHEVASSU

A Monsieur le Docteur MONDOR
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Professeur agrégé à la Faculté

L'expression de mes sentiments de reconnaissance pour les précieux conseils qu'il m'a prodigués.

A Mademoiselle la Doctoresse P. GAUTHIER VILLARS
Chef de Laboratoire à Laënnec

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE GENÈVE

INTRODUCTION

Avant d'aborder notre sujet, nous allons rappeler brièvement les caractéristiques de la tuberculose épididymo-testiculaire à forme commune.

Avant la thèse de Reclus, thèse publiée en 1876, la tuberculose épididymo-testiculaire faisait partie du groupe vague des orchites chroniques. Elle était souvent confondue avec les orchites syphilitiques ou même avec les séquelles d'orchites blennorragiques. Reclus a eu le mérite d'individualiser la tuberculose épididymo-testiculaire, de montrer ses signes cliniques, et de prouver, par de nombreux examens anatomiques, la nature bacillaire des lésions.

La tuberculose épididymo-testiculaire est une affection assez fréquente. On admet qu'elle représente à peu près deux pour cent des manifestations bacillaires chez l'homme. On la rencontre à tout âge: les nourrissons en sont atteints et les vieillards ne sont pas épargnés. Mais sa fréquence la plus grande se rencontre chez les individus en pleine vie sexuelle.

La tuberculose épididymo-testiculaire est parfois primitive : elle est souvent secondaire à une autre atteinte bacillaire plus ou moins grave. Simmonds la trouve chez 50 % de malades morts de méningite tuberculeuse.

La forme commune de la tuberculose épididymo-testiculaire débute presque toujours, par une lésion de

l'épididyme. C'est la queue de l'épididyme qui est atteinte en premier lieu. La grande règle de Chevassu : « Toutes les épididymites chroniques commencent par la queue » s'applique aussi à la tuberculose épididymo-testiculaire. Le testicule proprement dit n'est que rarement touché. D'après les observations de Marion, il n'est touché que deux fois sur dix. La vaginale l'est plus souvent ; le canal déférent rarement. Enfin, Simmonds trouve la prostate et les vésicules séminales assez fréquemment touchées.

Sauf dans certaines formes cliniques comme la phtisie galopante du testicule (Duplay) où la forme chronique à poussées aiguës qu'on rencontre chez l'enfant, la tuberculose épididymo-testiculaire ne se manifeste que par des signes minimes. Elle passe même souvent inaperçue.

Des hématuries légères, des crises de pollakiurie, de vagues élancements dans le cordon, une petite tuméfaction des bourses, c'est tout ce qu'on trouve chez la plupart des malades. Si l'on examine ces malades, on constate presque toujours que le testicule n'a changé ni de volume, ni de consistance. Sa surface est lisse, régulière. Mais, si on utilise la fameuse clé que nous a donnée Chevassu pour le Diagnostic des affections du testicule, si on recherche l'épididyme et si on arrive à le pincer, on constate qu'il a changé de volume et de consistance. Sa surface est irrégulière, épaissie, et dure par endroits. Il peut se présenter sous l'aspect classique : « en cimier de casque ».

Le signe de Sebileau nous renseigne sur l'état de la vaginale. Si la vaginale ne se laisse pas pincer, elle est

soit épaissie et adhérente, soit le siège d'un épanchement liquide.

Les antécédents du malade, son état général, nous mettent presque toujours sur la voie du diagnostic. Et, si nous nous rappelons le précepte de Chevassu : « Les tumeurs du testicule respectent pendant très longtemps l'épididyme », nous ne pouvons guère confondre la tuberculose épididymo-testiculaire à forme commune avec une manifestation néoplasique. La syphilis aussi, atteint rarement l'épididyme.

Le traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire doit être chirurgical mais économique (Marion, Chevassu, Els).

La Tuberculose du Testicule à forme Hypertrophique

Le but de notre travail est d'étudier à l'aide de quelques observations déjà publiées et d'une observation inédite de notre maître Mondor les manifestations cliniques et les caractères anatomiques d'une forme particulière de tuberculose testiculaire, la forme hypertrophique ou pseudo-néoplasique. Il s'agit d'une bacillose à début sans doute testiculaire, en tous ces cas à grande prédominance testiculaire. Le début peut en être aigu ou torpide imperceptible. Ce qui frappe le malade, c'est le volume, le poids de son testicule.

HISTORIQUE. — Il est difficile de savoir à quelle date a été individualisée la tuberculose du testicule à forme hypertrophique et par qui. Elle a été observée avant Reclus et nous trouvons des observations typiques dans les thèses de Dufour et de Fossard. Reclus l'a observée et a même émis à son sujet, une hypothèse en disant : « qu'il est probable qu'une éruption généralisée et abondante s'est faite dans le testicule ». Toujours dans sa thèse, Reclus observe qu'il y a des tuberculoses du testicule qui prennent des allures tumorales. A ce sujet, il cite une observation où la bacillose prenait l'allure clinique de la phtisie galopante de Duplay. « Si l'on a pu

se méprendre sur le sarcome, c'est parce qu'il est assez fréquent de voir la variété du tubercule dont nous nous occupons, naître et s'accroître rapidement chez des hommes d'un certain âge, distendre le scrotum sous la forme d'une tumeur résistante et s'accompagner de douleurs parfois assez vives ». Sauf la douleur, cette forme de tuberculose du testicule présente tout à fait l'aspect de ce qu'on nomme aujourd'hui « tuberculose du testicule à forme hypertrophique ».

En 1883, et en 1884 les médecins anglais Butlin et Walsham publient quelques cas de tuberculose du testicule atypique sous le nom de « Tuberculose diffuse du testicule ». Or, cette tuberculose diffuse n'est autre que la forme hypertrophique ou pseudo-néoplasique que nous étudions dans ce travail.

En France, c'est Chéreau dans sa thèse de 1888 qui a donné la première définition précise de la tuberculose testiculaire à forme hypertrophique. Mais il a adopté le nom de tuberculose diffuse. Il définit cette forme de tuberculose, testiculaire de la manière suivante : « Il existe une forme d'orchite tuberculeuse qui en impose souvent pour une tumeur maligne ; le testicule et l'épididyme sont confondus en une seule masse ; il semble que la glande proprement dite fasse à elle seule tous les frais de l'affection ; cependant, dans ces cas, l'épididyme lui-même peut être atteint, mais il est difficile de s'en rendre compte par l'examen clinique ; c'est cette variété que nous étudions sous le nom de tuberculose diffuse ».

Mais Chéreau distingue deux formes cliniques de tuberculose testiculaire diffuse : Une forme chronique

définie plus haut, et une forme aigüe qu'il décrit de la manière suivante : « La tuberculisation dans ces cas, au lieu de se présenter dès son début avec les allures essentiellement chroniques, qu'on lui décrivait avant les travaux de S. Duplay, Dolbeau, et Reclus, se manifeste ordinairement sous une forme aigüe. En peu de jours, les phénomènes aigus s'apaisent et la maladie suit exactement la même marche que la forme chronique ordinaire ; mais le testicule et l'épididyme restent toujours intimement confondus ». Nous constatons que cette forme de tuberculose testiculaire aigüe présente les mêmes manifestations cliniques que la forme pseudo-sarcomateuse observée par Reclus.

En 1889, Monod et Térillon signalent dans leur livre l'existence d'une variété particulière de tuberculose testiculaire, variété qui présente les caractères de la tuberculose hypertrophique du testicule. Mais ils ne lui donnent aucun nom.

Rozier en 1891 (Thèse de Bordeaux), s'est occupé aussi de la tuberculose diffuse du testicule. Il définit cette forme : « Une tumeur régulière, lisse, ferme, rarement élastique de consistance égale », et il insiste sur l'abolition de la sensibilité testiculaire, en même temps qu'il signale l'infiltration des vésicules séminales du côté de la lésion testiculaire.

En 1889, et en 1901, la tuberculose diffuse du testicule change de nom : Bouglé, puis Mauclair, l'appellent « tuberculose épididymo-testiculaire à forme massive ». Ce n'est que plus tard, que nous trouvons dans la litté-

rature les appellations « tuberculose du testicule à forme hypertrophique ou pseudo-néoplasique ».

C'est une forme, sans doute rare, à en juger par le nombre de ces publiés. Comme elle propose au clinicien des difficultés de diagnostic particulièrement sévères, nous avons cru intéressant d'en rassembler et comparer la plupart des observations publiées.

ETIOLOGIE. — L'étiologie de la tuberculose du testicule à forme hypertrophique se confond avec l'étiologie de la tuberculose épидидymo-testiculaire à forme commune : C'est dire qu'elle est aussi obscure. Certes, dans quelques-unes des observations que nous avons recueillies, les malades disaient avoir subi, peu de temps avant les manifestations de l'affection, des traumatismes divers : Coup de pied, contusion directe, etc... Mais aucun n'a été catégorique ; aucun n'a manifesté la douleur syncopale que provoque toute contusion du testicule capable de laisser une lésion anatomique. Nous ne pouvons donc qu'accorder un très faible crédit au facteur traumatisme dans l'étiologie de la tuberculose testiculaire à forme hypertrophique. Reste l'affection blennorragique antérieure. Nous la rencontrons chez certains malades, mais elle est absente chez d'autres. Pouvons-nous retenir comme facteur étiologique une infection si inconstante chez les malades de nos observations ? Non. Le facteur héréditaire qui joue un si grand rôle dans la tuberculose épидидymo-testiculaire de l'enfance, dans le cas particulier est sujet à caution. En effet, nous n'avons rencontré la tuberculose testiculaire à forme hypertrophique que

chez les individus ayant dépassé l'âge de la puberté. Le plus jeune sujet est le malade observé par Mauclaire en 1901 : il avait 16 ans. Le malade le plus âgé présentant cette forme de tuberculose est celui dont Chéreau a publié l'histoire dans sa thèse : il avait 68 ans. Ces deux cas sont des extrêmes ; la fréquence la plus grande de l'affection est entre 20 et 50 ans. Enfin, cette variété de tuberculose du testicule peut s'observer même sur des testicules ectopiques, comme dans le cas de Le Dentu. Ce cas est très intéressant du point de vue pathogénique.

PATHOGENIE. — Nos observations ne nous permettent que peu d'affirmations à ce sujet. Presque tous les malades des observations que nous avons recueillies ne présentaient pas de lésions bacillaires apparentes. Pouvons-nous dire que la forme hypertrophique de la tuberculose testiculaire est une localisation primitive de la bacillose ? Pouvons-nous dire que c'est une localisation secondaire ? Pour la tuberculose épидидymo-testiculaire à forme commune, les auteurs modernes admettent les deux possibilités. Quant à la variété hypertrophique, nous croyons que la localisation suit probablement la loi générale.

Quelle est la partie du testicule atteinte en première ligne ? Est-ce la glande proprement dite ? Est-ce l'épididyme comme dans la forme commune ? Il nous semble que l'épididyme, dans ce cas particulier, n'est que secondairement atteint. A en juger par notre cas, il eut fallu une tuberculose primitive de l'épididyme singulièrement

torpide pour être restée aussi infime, tandis que croissait considérablement les lésions de la glande. Cette probabilité nous permet de croire que l'infection se fait par voie sanguine et va de la glande vers l'épididyme et les vésicules séminales. Sur ce point, nous partageons l'opinion de Jordan qui dit que lorsque le testicule est infecté, par voie sanguine, les lésions évoluent d'une manière torpide (c'est notre cas), jusqu'au jour où le sperme bacillifère ira infecter les voies d'excrétion.

Les constatations de Mauclaire et Vigneron, qui ont trouvé dans un cas une artérite hypertrophique des artères du cordon, avec des nodules inflammatoires dans la tunique moyenne, renforcent notre point de vue. De même, le cas présenté à la Société de Chirurgie par Le Dentu, où il s'agissait d'un testicule ectopique. Il est plus que probable que dans ce dernier cas, l'infection n'a pu se faire par voie déférentielle. Mais nous admettons que d'autres modes d'infections sont encore possibles.

Anatomie Pathologique

Du point de vue macroscopique ce qui domine, c'est l'hypertrophie du testicule. Il est gros, il dépasse toujours le volume normal et parfois, comme dans le cas de Fossard, il arrive à avoir un volume formidable. En effet, nous ne sommes pas habitués de voir des testicules qui ont le volume d'une tête de fœtus à terme.

L'aspect extérieur de la glande change peu. La couleur est généralement normale, la surface lisse sans nodosités. La consistance est soit élastique, soit irrégulière. Dure par endroits, à la suite d'une forte réaction fibreuse, fluctuante par ailleurs à la suite de la caséification d'un tubercule. L'épididyme peut être, macroscopiquement, intact. Parfois confondu dans la masse, d'autres fois détaché et rempli de nodosités. La vaginale peut être épaissie et adhérente par endroits comme dans les cas de Maclaure et Vigneron, de Reclus, etc...

A la coupe, le testicule présente l'aspect d'un « marron cru » qu'on vient de couper. La glande entière, est infiltrée par une masse plus ou moins homogène, avec, par endroits, de petits tubercules caséifiés ou à l'aspect blanc jaunâtre à stries nacrés. Dans d'autres cas, il y a de petites granulations tuberculeuses, visibles à l'œil nu. L'épididyme peut sembler intact ou peut contenir soit des nodules tuberculeux, soit de petits abcès. C'est une question d'âge des lésions.

Le canal déférent est le plus souvent intact mais il peut être lésé comme dans les cas de Frigaux, Sarrautte, etc... Enfin, les artères du cordon, peuvent présenter, comme dans le cas de Mauclaire, de l'artérite hypertrôphique.

En somme, ce qui domine, c'est la grosseur du testicule et son infiltration en masse. C'est de là que vient le nom de tuberculose diffuse et massive.

Examen histologique. — Dans l'observation de M. le Docteur Mondor, au microscope, nous trouvons les lésions suivantes : (Examen pratiqué par Mlle le D^r Gauthier-Villars, chef de laboratoire à Laënnec).

« Presque toute la glande a subi la dégénérescence fibreuse. Il ne persiste que de rares traînées de tissu testiculaire parsemé de lymphocytes et de quelques fibres conjonctives.

Nombreux follicules tuberculeux en voie de caséification avec de cellules géantes typiques.

Dans les zones où la glande a subi l'envahissement fibreux, on remarque des vestiges de canaux séminifères et de nombreux vaisseaux dilatés.

Dans la partie de la glande où, au faible grossissement, on peut reconnaître encore le tissu testiculaire, il est impossible, au fort grossissement, d'identifier les éléments testiculaires présents.

Diagnostic. — Tuberculose du testicule ».



Fig. 1. - (Zeiss - obj. A. A. ocul. 4)

Symptômes

Ce qui domine, c'est la distension des bourses et leur asymétrie. Du point de vue subjectif, peu de choses. Le malade a remarqué que son testicule devient gros, lourd. Il a de la gêne, des élancements dans le cordon. Parfois une certaine gêne à la défécation. De la pollakiurie ou même de légères hématuries. Rarement, il a eu des douleurs fortes, surtout au début de l'affection. Dans la plupart des cas, les malades n'accusent aucune douleur, même pas de gêne. Il faut que leur attention soit attirée sur le volume de leur testicule pour qu'ils accusent des douleurs qu'ils ne peuvent guère localiser.

Si l'on examine objectivement le testicule malade, on constate qu'il est plus gros que normalement. Il est gros comme un œuf, gros comme une mandarine, gros comme une orange, gros comme un poing d'adulte. La peau du scrotum est distendue à craquer, parfois rouge, presque toujours mobile, sur la masse testiculaire rarement adhérente. En palpant la masse testiculaire, on n'éprouve pas la sensation de chaleur qu'on rencontre dans certaines orchites aiguës. Le testicule malade est élastique, lisse, régulier. Il ne présente pas « les grains de plomb » ou les « plaques de blindage » qu'on rencontre dans les orchites syphilitiques. Il est ovale, régulier, non déformé en galet.

Et, s'il est un peu aplati, il ne prend pas la forme du galet, il est plutôt comme une mandarine.

La sensibilité testiculaire caractéristique est diminuée ou nulle. Signe très important. L'épididyme est parfois introuvable. Il se confond avec la masse. Quelquefois, en suivant la technique conseillée par Chevassu, on arrive à le pincer. Il peut être normal, souple, fuyant entre les doigts ; il peut être induré, hypertrophié modérément, adhérent soit au testicule, soit à la peau scrotale. La vaginale se laisse souvent pincer, surtout si l'hypertrophie du testicule est modérée. Elle peut être épaissie et adhérente, comme dans les cas de Mauclaire et de Vignerot, Reclus etc... ou si l'on a ponctionné auparavant la tuméfaction intrascrotale.

Le canal déférent ne présente, dans la plupart des cas, rien de particulier. Cependant, chez certains malades, on le trouve gros comme une plume d'oie, injecté au suif, comme dans une observation de Rozier.

TOUCHER RECTAL. — On ne doit jamais oublier de le faire. Il est capital de le pratiquer systématiquement. Son importance dans la tuberculose testiculaire à forme hypertrophique est telle, que nous pouvons affirmer que toutes les fois qu'on a pu poser cliniquement le diagnostic de tuberculose du testicule à forme hypertrophique, c'est grâce au toucher rectal qu'on l'a posé. Que sentons-nous par le toucher rectal ? Rien ou tout ce qu'il nous faut pour un diagnostic clinique précis.

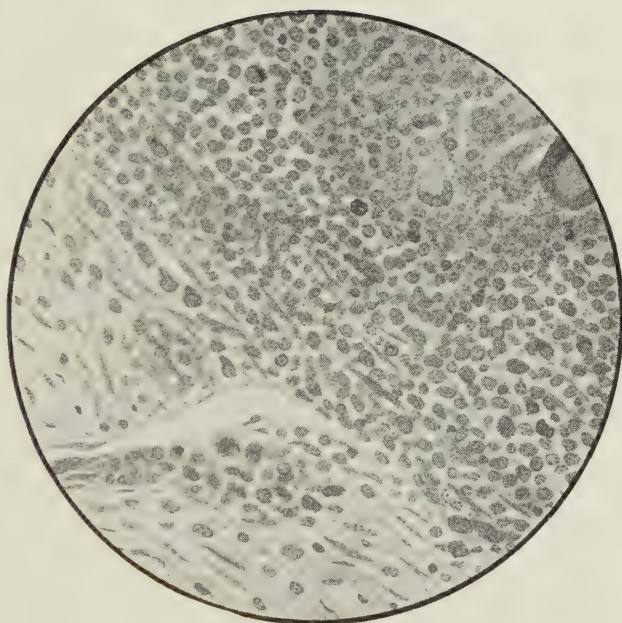


Fig. II. - (Zeiss - obj. D. D. ocul. 3)

Rien, c'est-à-dire rien de pathologique. La prostate est normale, les vésicules séminales peu perceptibles.

La clé, c'est-à-dire une vésicule infiltrée ; la douleur que provoque le toucher, un lobe prostatique induré, nous mettent sur la voie du diagnostic.



Évolution et Pronostic

L'évolution de la tuberculose testiculaire à forme hypertrophique est presque toujours lente. Elle a une allure chronique. Le testicule grossit peu à peu. Quelquefois, l'augmentation de volume marque des périodes d'arrêt et même de régression, pour reprendre ensuite. Signe qu'on ne trouve jamais dans une tumeur. Il peut y avoir des poussées aiguës. Dans certains cas, la période initiale prend une allure aiguë, bruyante, s'arrête et à sa place s'installe la forme chronique à marche lente. (Cas de Reclus, Thévenot et Collomb etc. Le tableau n'est donc pas uniforme. La fin de l'affection non plus. Rappelons-nous que c'est une affection torpide à marche lente. Mais, si elle n'est pas traitée, il se forme des abcès et des fistules et il peut y avoir même des tuberculoses généralisées.

PRONOSTIC. — Depuis qu'on applique systématiquement le traitement chirurgical, le pronostic est relativement bénin. Mais avant cette période interventionniste, le pronostic était catastrophique. Dans la thèse de Dufour, sur 18 observations, on note huit autopsies et nous ne parlons pas de l'avenir des malades observés par Dufour, rentrés chez eux sans être guéris.

Le pronostic est donc bénin, si l'on intervient chirurgicalement et si l'état général du malade est bon. Dans nos observations, nous n'avons pas trouvé de récurrence.

Diagnostic

Si, chez un adulte, nous nous trouvons en présence d'un gros testicule, nous pouvons formuler trois hypothèses fondamentales : syphilis, hématocele, tumeur ; notre travail est destiné à prouver qu'il faut ajouter à ce débat classique une quatrième et que la place de la *tuberculose hypertrophique* mérite d'être réservée. Bien entendu, si les antécédents nous permettent d'éliminer les autres orchites chroniques.

Peu d'hypothèses ne veut pas dire facilité de diagnostic.

LA SYPHILIS : les classiques nous disent : « le testicule prend la forme d'un galet ». Or, cette forme n'est pas très constante. Le testicule est gros, il est dur, quelquefois il présente une surface irrégulière, et une consistance variable. Des zones petites, dures (les grains de plomb), de larges plaques indurées (plaques de blindage). La vaginale ne se laisse pas pincer, soit à cause d'un épanchement, soit à cause de l'accolement de ses feuillets, à la suite de la vaginalite spécifique. L'épididyme se laisse pincer le plus souvent. Le testicule syphilitique est insensible. Mais cette anesthésie nous la trouvons aussi ailleurs. Le canal déférent ne présente rien de particulier. La prostate et les vésicules séminales ne sont pas infiltrées. Enfin, signe de quasi-certitude, le second testicule est touché.

Mais cliniquement, il est difficile d'avoir la certitude qu'un gros testicule est un testicule syphilitique. C'est pour cela que nous devons nous méfier. Les antécédents ne nous servent pas à grand chose. Un gros testicule chez quelqu'un qui présente un B. W. positif n'est pas forcément un testicule syphilitique. C'est pour cela qu'en cas de doute, il faut essayer d'emblée, le traitement anti-syphilitique d'épreuve. Chevassu nous conseille de ne jamais nous attarder longtemps avec ce traitement. Huit jours de traitement à 2 cgr. de biiodure de mercure par jour suffisent. Si, au bout de huit jours, le testicule ne diminue pas de volume, ce n'est pas de la syphilis. C'est autre chose que nous devons chercher.

L'HEMATOCÈLE. — Nous pouvons l'éliminer assez facilement pour deux raisons : elle est très rare ; elle présente deux signes très caractéristiques, car ces signes sont négatifs tous les deux. Le signe de Chevassu est négatif : l'épididyme ne se laisse pas pincer. Le signe de Sébileau est négatif aussi : la vaginale ne se laisse pas pincer. En outre, Chevassu nous indique que la peau sérotale est épaissie et adhérente, sans souplesse. La tumeur est transparente si l'on cherche cette transparence dans la chambre noire avec une lampe électrique de poche.

Les autres signes ne nous permettent pas de différencier l'hématocèle d'une syphilis ou d'une tumeur. Chevassu leur donne peu d'importance. Nous ne saurions donc pas leur donner une valeur qu'ils n'ont pas.

TUMEURS. — On élimine facilement les tumeurs bénignes presque toujours congénitales. Il n'est pas de même pour les tumeurs malignes. Chevassu nous dit : « Tout testicule qui, sans manifestation aigüe (il élimine les cancers à poussées aigües) grossit et augmente de consistance est néoplasique ou syphilitique ». Qu'il nous soit permis d'ajouter : « à moins qu'il ne soit tuberculeux ». Nous disons cela parce qu'on a presque toujours pris la tuberculose à forme hypertrophique pour un néoplasme. C'est fâcheux. Le pronostic d'un néoplasme malin est tout autre que celui d'une bacillose.

Le cancer du testicule présente beaucoup de difficultés de diagnostic. Nous empruntons à Chevassu les caractères essentiels des néoplasmes malins du testicule.

Le volume de la tumeur a peu d'importance. Pour ce qui nous intéresse, admettons que le testicule soit gros. La forme et ovoïde ou piriforme. La surface bosselée est en faveur du cancer. La consistance peut être régulière, irrégulière, dure, molle ou même fluctuante. La sensibilité très variable. Mais même si presque tout le testicule est anesthésié, si on palpe soigneusement, on découvre une zone de sensibilité. Caractère important pour le diagnostic différentiel.

Le volume du cordon n'est pas augmenté ; les battements de l'artère spermatique ne sont pas facilement perceptibles. La souplesse du cordon peut être diminuée, mais pas au début de l'affection. Enfin, signes importants, l'épididyme se laisse pincer, il est généra-

lement de volume et de consistance normales. La vaginale aussi, se laisse pincer avec facilité.

Arrivons à la tuberculose du testicule à forme hypertrophique : Les signes sont nombreux ; ils ont été presque toujours insuffisants. Et cela, parce qu'on a toujours pensé à tout, sauf à cette variété de tuberculose. Chez certains malades, on a diagnostiqué la syphilis et, comme dans notre cas, on leur a appliqué durant des mois le traitement spécifique. Chez d'autres, on a failli faire de grandes opérations, en pensant qu'ils ont des néoplasmes malins, et, dans la majeure partie des cas, le diagnostic a été posé par l'anatomopathologiste. Or, nous croyons le diagnostic clinique de la tuberculose du testicule à forme hypertrophique possible et nous allons nous efforcer de le prouver.

La tâche est difficile, et nous ne pouvons pas affirmer que notre démonstration empêchera dans l'avenir les erreurs du passé, car le diagnostic de la forme de tuberculose que nous étudions, a toujours été considéré comme très difficile, sinon impossible. Chevassu, dans sa thèse, fait les constatations suivantes : à propos de la tuberculose du testicule à forme hypertrophique : « il est un gros testicule qui ressemble au testicule néoplasique, c'est le testicule tuberculeux massif, la forme hypertrophique testiculaire de la tuberculose épididymo-testiculaire. J'en ai observé deux cas, et ne vois pas trop sur quels éléments se peut baser le diagnostic si la prostate n'est pas elle-même nettement tuberculeuse. Heureusement, il s'agit là d'une forme exceptionnelle ».

Le seule fois où un diagnostic de tuberculose pseudo-néoplasique du testicule peut sembler assez facile, c'est quand on se trouve en présence d'un malade qui présente des lésions bacillaires manifestes. Mais là encore, la prudence extrême doit être de règle, et il ne faudrait pas prendre une tumeur maligne pour une tuberculose pseudo-tumorale. On risquerait d'ajourner l'intervention, ce qui serait fatal pour le malade.

Quand pouvons-nous affirmer que nous nous trouvons en présence d'une tuberculose testiculaire à forme hypertrophique ? Nous pouvons avoir la certitude dans un seul cas : quand nous nous trouvons en présence d'un testicule gros, lisse, régulier, indolore (même si au début de l'affection, le malade a eu des crises douloureuses), avec un épидidyme confondu dans la masse testiculaire, un canal déférent plus ou moins épaissi, et, signe capital (qui a permis à notre Maître Mondor de poser cliniquement un des seuls diagnostics exacts de tuberculose testiculaire à forme hypertrophique) avec une vésicule séminale ou un lobe prostatique infiltré. Si ce dernier signe manque au tableau, nous devons faire un traitement anti-syphilitique d'épreuve, durant quinze jours. Dans le cas où la tumeur testiculaire ne diminue pas de volume, il ne nous reste que l'alternative : cancer ou tuberculose ? L'état général dans les deux cas peut être excellent. Les signes cliniques des affections se superposent. Mais, il nous reste encore de petites possibilités : dans le cancer, l'épididyme se laisse pincer presque toujours. Dans la tuberculose pseudo néoplasique, il est précocement et très souvent con-

fondu dans la masse tumorale. La vaginale, si elle se laisse pincer facilement, c'est un signe en faveur du cancer. Si elle est adhérente, ou si elle est le siège d'un épanchement, il est plus probable que nous nous trouvons en présence d'une tuberculose.

Donc, si les signes de Chevassu et Sebileau sont tous les deux négatifs, nous pouvons avoir une forte présomption en faveur de la bacillose, mais aucune certitude. La présomption en faveur de la bacillose est encore plus forte si le canal déférent présente des lésions. Mais il ne faut pas prendre l'infiltration du cordon en masse qu'on trouve dans le cancer avancé pour une lésion du déférent.

Que faire en cas de doute ? Nous pensons qu'il faut intervenir et cela, au plus vite. Le traitement étant dans les deux cas chirurgical, nous ne risquons de faire aucun mal, mais, si nous laissons passer même quelques jours, dans le cas où supposant l'existence d'une tuberculose pseudo-tumorale nous sommes en présence d'un séminome, nous risquons de provoquer une catastrophe. Donc, dans ce cas particulier, la sage abstention serait une folie.

Traitement

Le traitement de la tuberculose testiculaire à forme hypertrophique se résume à peu de choses : castration du côté malade avec résection du cordon. Inutile et même nuisible de chercher à extirper une vésicule séminale infiltrée ou un lobe prostatique plus ou moins touché. Une fois le testicule enlevé, les lésions prostatiques et vésiculaires rétrocedent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Thèse Dufour, Paris, 1854)

Led..., charretier, 45 ans, entré en Décembre 1882, dans le service de M. Ricord, où il meurt en janvier 1883.

Son père a succombé à un accident, la mère à une maladie inconnue. Son frère unique s'enrhume facilement, lui-même a eu plusieurs bronchites et pneumonies; il tousse depuis longtemps, il ne peut préciser depuis quelle époque; il a beaucoup maigri, mais a continué de travailler. A son entrée on observe: teint jaune paille, cachectique; maigreur jusqu'au marasme, voix enrouée (il dit parler ainsi depuis deux ans). Il y a neuf mois, le malade remarqua que son testicule droit augmentait de volume; il dit avoir observé une petite tumeur, comme une noisette, vers la région épидидymaire, qui alla toujours en augmentant; pas de douleur, pas de gêne pendant la marche, jamais de douleurs lombaires. Depuis six semaines, le corps du testicule augmenta de volume, rapidement et uniformément dans toute son étendue. Alors on fit une application de sangsues, de cataplasmes et l'on pratiqua une ponction exploratrice qui fit jaillir un liquide clair; la médication fut sans résultat.

Lors de son entrée, aucune douleur lombaire ou testiculaire, miction facile. Le malade dit avoir la diarrhée de temps en temps;

il rend des crachats épais, abondants, jaunâtres, très peu de pituite.

L'examen de la poitrine donne : en avant, à gauche, inspiration rude, on n'entend pas l'expiration, matité à toute la partie antérieure et latérale, mais surtout au sommet droit, craquements. En arrière, matité de la fosse sus-épineuse droite. A l'auscultation, respiration soufflante, presque caverneuse ; dans le reste du poumon, râles muqueux ; dans le poumon gauche, en arrière la respiration fait partout défaut.

Le testicule droit présente une circonférence verticale de 27 centimètres, une circonférence horizontale de 25 centimètres à la partie moyenne ; le canal déférent est volumineux, gros comme l'auriculaire, mais uniforme, sans nodosité. Le testicule et l'épididyme sont confondus, et forment une tumeur pyriforme, comme dans l'hydrocèle. En prenant la partie antérieure, on sent une dépression entre la tête de l'épididyme et le corps du testicule ; partout ailleurs, le testicule n'offre aucune irrégularité, aucune bosselure ; il est lisse, la tête de l'épididyme seule est un peu mamelonnée. En avant la peau du scrotum est adhérente au testicule, elle est rouge, et les trous des ponctions faites en ville sont restés fistuleux ; il en sort un peu de pus à la pression.

L'épididyme gauche est volumineux, irrégulier, avec une bosselure de la grosseur d'une noisette, près de sa queue ; le corps du testicule est sain, on le délimite bien de l'épididyme. La prostate est volumineuse, bosselée, surtout à droite.

Le malade, comme antécédents vénériens, accuse une uréthrite, il y a vingt ans, une seconde il y a deux ans, qui a duré six semaines, et amena une épididymite à droite. En raison des lésions thoraciques, Ricord ne voulait pas opérer le malade ; mais

cédant à ses instances, il lui enleva le testicule droit ; l'opération fut pratiquée fin décembre.

Examen de la pièce : Le cordon testiculaire est composé d'une gangue lardacée, entourant les vaisseaux et le canal déférent, celui-ci a son volume normal et ne présente pas de tubercules.

Une coupe verticale est faite au milieu de la face antérieure du testicule, elle partage le testicule et l'épididyme en deux parties à peu près égale ; on voit en haut la tête de l'épididyme convertie en un kyste uniloculaire, contenant une matière jaune, épaisse et ramollie ; tout le testicule est transformé en une matière très compacte, très serrée dense, jaune ressemblant en tout au foie gras. La coupe est lisse, régulière, sans cavités ni vacuoles ; çà et là on aperçoit une nuance d'un vert clair disséminée irrégulièrement, comme les veines du marbre ; nulle part on ne retrouve les vaisseaux séminifères. D'autres coupes en divers sens font voir la même disposition : il y a envahissement complet de la glande par cette matière jaune. En grattant cette substance, bien plus consistante et un peu plus foncée que celle de l'épididyme, on ne parvient pas à en enlever des fragments. Le tissu est partout résistant. La tunique vaginale et l'albuginée sont minces et à l'état normal.

L'examen microscopique n'a pu être fait.

La cicatrisation marcha régulièrement, elle était presque complète le 1^{er} janvier, mais la phtisie pulmonaire faisait de rapides progrès et le malade succomba le 13 janvier.

Autopsie. — Cerveau sain. Rien au larynx, ni à la trachée.

Adhérences pleurétiques considérables des deux poumons en arrière, et dans la moitié supérieure ; elles sont plus intimes à droite.

Les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires, d'autant plus abondants que l'on remonte vers les sommets, plus ramollis

à droite qu'à gauche, ne présentant nulle part de vaste caverne, mais seulement de petites excavations, variant depuis la grosseur d'un petit pois jusqu'à celle d'une bille d'enfant, dans le lobe supérieur du poumon droit.

Rien de particulier au cœur, ni au foie, ni à la rate qui sont cependant augmentés de volume. Reins congestionnés, uretères sains. Du côté droit où a eu lieu l'opération, le cordon testiculaire est solidement adhérent à l'anneau externe du canal inguinal.

La vessie est vide, revenue sur elle-même : le canal de l'urètre incisé par sa paroi inférieure, ne présente rien jusqu'à la région membraneuse ; mais à la partie postérieure de cette région, le canal est épaissi, tapissé par une couche consistante, jaunâtre de nature tuberculeuse ; en voulant pénétrer plus avant pour arriver à la région prostatique, le bec des ciseaux fait fausse route et s'engage de chaque côté, dans deux cavernes formées dans des lobes latéraux de la prostate, et tapissées d'une matière jaunâtre, d'apparence de lait caillé, semblable à celui qui tapisse les parois uréthrales, et aussi de nature tuberculeuse. Les parois des cavernes appartiennent bien au tissu de la glande, devenu jaunâtre et tuberculeux. La prostate elle aussi est tuberculeuse, de même que le testicule gauche, elle offre l'aspect de la tuberculose du début.

OBSERVATION II

(Résumé, tiré de la thèse de Dufour 1854)

T... 60 ans, commis, entre à l'hôpital du Midi, service de M. Ricord, 29 Avril 1853, mort le 22 Mai 1853.

Il a eu une blennorrhagie en 1832, qui a amené un rétrécissement de l'urètre, avec de grands troubles de la miction, en même

temps qu'une orchite aigüe. Il alla trouver Civiale en janvier 1853 qui pratiqua la dilatation, et, après cette intervention, le malade urina facilement ; mais le 12 mars, Civiale coupa, dit le patient, deux brides dans l'urètre. Immédiatement, on put introduire un cathéter d'étain du numéro 18.

Tout alla bien jusqu'au 18 Avril. A cette époque, le malade s'aperçut que le testicule droit gonflait en même temps que l'épididyme. A gauche, le gonflement, qui a le volume d'un œuf, paraît avoir envahi le corps de la glande et de l'épididyme. Cette tuméfaction est dure, peu douloureuse, à peu près d'égale consistance dans tous les points. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements précis.

Depuis le mois de Janvier, l'état général est devenu un peu plus sérieux ; les forces diminuent graduellement, l'embonpoint disparaît, la figure a pris une teinte cachectique ; le malade est forcé de garder le lit.

Ricord attribue le gonflement du testicule gauche à une orchite chronique. Par le cathétérisme avec la sonde d'argent, on arrivait facilement jusqu'à la prostate ; l'urine s'écoulait, mais impossible de pénétrer plus loin. Par le toucher rectal, on ne trouvait pas de développement anormal de la prostate ; on sentait très bien la convexité de la sonde, qui n'était séparée de la cavité du rectum que par une très petite épaisseur de parties molles.

Le malade se cachectisa de plus en plus jusqu'au 22 mai. Dans les derniers temps, la verge était enflée, mais sans rougeur, sans douleur ; on eût dit que l'urètre était souflée, car le tissu cellulaire sous-cutané était parfaitement souple. La mort a eu lieu le 22 mai.

Autopsie. — Adhérénces pleurales nombreuses du poumon droit, avec de nombreuses cicatrices tuberculeuses au sommet, mais sans tubercules en voie d'évolution.

Le poumon gauche présente des adhérences excessivement résistantes avec toute la plèvre costale ; mais surtout à la base avec la plèvre diaphragmatique. Dans ce point, les adhérences sont mêmes si résistantes, qu'on ne peut les vaincre que par l'instrument tranchant. Dans quelques points de l'épaisseur de ces fausses membranes, on trouve des dépôts tuberculeux ramollis, circonscrits.

Le parenchyme du poumon gauche est infiltré de tubercules miliaires dans une grande partie de son étendue ; il est criblé de petites cavernes.

Rien aux reins ni aux urètères.

La cavité vésicale offre des granulations tuberculeuses très abondantes.

Le testicule gauche, correspondant à la vésicule séminale présentant les plus grandes masses tuberculeuses, ne forme lui-même qu'une masse homogène, ovoïde avec l'épididyme, sans limite de séparation, excepté à la coupe, par une ligne celluleuse allant à la tête et à la queue. Les éléments normaux de la glande ont entièrement disparu, et ont été remplacés par une masse compacte de tubercules crus. On dirait, à la coupe, un de ces ganglions semblables à une châtaigne ouverte, qui ont été complètement envahis par la tuberculisation ; la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule. Le testicule droit ne nous présente que des dépôts tuberculeux partiels de la tête et de la queue de l'épididyme.

Dans toutes les altérations que nous avons énumérées, le caractère du tubercule a été positivement constaté par l'analyse microscopique.

OBSERVATION III

(De Larrey, *De l'orchite tuberculeuse*. - Fossard, *Thèse Paris, 1855*)

M. X... officier de l'armée d'Afrique, âgé de 38 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique ; vers l'âge de 15 ans le testicule droit remonte vers l'anneau inguinal sans redescendre dans les bourses. Il prétend que cet accident lui arriva à la suite d'un coup de pied de cheval. Quelque temps plus tard, il eut une autre contusion qui détermina, selon lui, un mois après, un engorgement du testicule engagé dans l'aine.

Cet officier réclama aussitôt les soins de M. Vital, de Constantine, qui trouva l'existence d'une orchite devenue déjà chronique et présumée tuberculeuse, d'après l'exploration de la poitrine et la santé générale. Le traitement employé fut sans effet ; le malade quitte l'Algérie et est adressé à Larrey, qui, après avoir examiné attentivement la tumeur se décida à faire une ponction exploratrice par laquelle le diagnostic fut confirmé.

Après avoir inutilement employé les vésicatoires, les saignées locales, l'iode, une consultation fut demandée. Velpeau admit la dégénérescence cancéreuse, Louis pencha pour l'orchite tuberculeuse.

A ce moment la tumeur, uniquement formée par le testicule, est du volume de la tête d'un fœtus à terme, soulevant la peau, d'une consistance ferme, égale et résistante. Il y a de la douleur à la pression, mais presque pas de douleur spontanée.

Larrey pratique l'opération qui ne dura pas cinq minutes et se fit très bien.

On examine la tumeur, elle pèse 550 grammes, elle a 0,14 de longueur, 0,10 de largeur, et 0,7 d'épaisseur ; sa surface exter-

ne, recouverte par une portion de tunique vaginale, est ferme, lisse et résistante ; enfin, l'examen du microscope fait découvrir l'élément tuberculeux.

Un mois après le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri.

Nous nous trouvons encore ici en présence d'un cas de difficulté de diagnostic très grande, puisque des hommes tels que Larrey, Velpeau et Louis ont été mis en défaut pour dire quelle était la véritable lésion de ce malade.

OBSERVATION IV

(Thèse de Reclus)

Début brusque chez un individu peut-être tuberculeux. — Léger épanchement vaginal. — Mouchetures. — Apparition d'un fungus expulsif. — Guérison par destruction du testicule. (Obs. personnelle).

Massot André, chanteur ambulant, âgé de 47 ans, entré dans le service de M. Labbé, le 24 Mars 1876, pour une tumeur du testicule.

Dans ses antécédents, nous ne trouvons pas trace de scrofule ; à 20 ans il est pris d'une fièvre typhoïde très grave dont il fut long à se remettre. Pendant plus de six mois, il eut, comme reliquat, une diarrhée rebelle dont il finit pourtant par se débarrasser. Plusieurs années après il eut une tumeur, peut-être un abcès du dos sur lequel il ne donne que des renseignements vagues. Enfin, il faut noter une ophtalmie, sans doute blennorragique, qui lui a opacifié les deux cornées ; il est absolument aveugle. Comme maladies vénériennes, il a eu de nombreuses chaudières, et l'on

constate, à droite, quelques cicatrices de bubons suppurés. Il n'existe pas actuellement de signes certains de tuberculose. Le malade n'a jamais craché le sang; mais on trouve une expiration prolongée et un sommet suspect. Voici, d'ailleurs, l'état des testicules: à gauche, rien de spécial: la peau est souple et glisse sur une glande saine; le testicule droit est seul altéré.

Le malade nous raconte que le 23 Mars, la veille de son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une douleur très vive de la bourse droite; élancements, battements profonds qui survenaient par accès avec irradiation dans l'aîne. En même temps se faisait un goufflement considérable qui augmenta rapidement; le troisième jour il avait acquis son volume maximum.

C'est alors que nous l'examinons: le testicule droit est au moins quatre fois plus gros que celui du côté opposé; il est enveloppé par un scrotum rouge, violacé, œdémateux; il y a de la vaginalite: aussi est-il fort difficile d'explorer la glande. On ne saurait distinguer le testicule proprement dit d'avec l'épididyme. La confusion des parties est complète. Le cordon est dur, douloureux et du volume du petit doigt; il se perd dans le trajet inguinal où on ne peut le suivre. La prostate et les vésicules ne paraissent pas atteintes; du moins la prostate est petite et sans dureté. On ne constate aucuns troubles généraux, mais on note une certaine ardeur au passage des urines, une émission pénible et qui tiendrait à une blennorrhée; nous ne trouvons cependant pas, le matin, la goutte purulente caractéristique au méat urinaire.

Cinq jours après le début de l'orchite, quatre jours après l'entrée du malade, les douleurs sont telles que, pour les apaiser, M. Nicaise pratique quelques mouchetures à la partie antérieure et inférieure du scrotum, et ces petites ponctions donnent issue à

un peu de sang mêlé de sérosité. Depuis ce moment, les douleurs se sont apaisées; mais la rougeur persiste et la tuméfaction est aussi grande. Le cordon diminue cependant de volume. Une couche de liquide appréciable s'épanche dans la cavité vaginale.

C'est alors que, vers le 5 Avril, se forme une petite tumeur arrondie, nettement fluctuante et qui soulève le scrotum au niveau de la partie inférieure et antérieure, au point où furent faites les mouchetures. Cet abcès s'ouvre spontanément et se vide. Mais l'on voit apparaître à l'orifice un petit bourbillon, jaune grisâtre, café au lait, que l'on reconnaît n'être autre chose qu'un amas de tubes séminifères; il bombe au-dessus de l'ouverture du scrotum, son volume est celui d'un petit pois. Le 10, la rougeur et la tuméfaction ont beaucoup diminué, mais l'évacuation des tubes séminifères continue. Les bords de l'ulcération se sont écartés et l'ouverture est maintenant aussi large qu'une pièce de 50 centimes. La substance testiculaire la recouvre et fait une petite hernie de 3 à 4 millimètres de hauteur et de 6 à 7 millimètres de diamètre. Cette substance est infiltrée de pus; rien n'est plus facile que d'y reconnaître la présence des tubes, surtout sur les bords où ils sont dissociés par dessiccation. Ce fungus n'est nullement végétant; il existe bien quelques bourgeons exubérants, mais seulement sur la portion du scrotum qui constitue l'orifice; la tumeur en elle-même n'est formée que par des tubes séminifères.

Le 12, M. Nicaise excise la portion de substance qui fait hernie, mais peu d'heures après le peloton avait repris son volume primitif. Les tubes se désagrègent en partie et restent adhérents au cataplasme. On constate en même temps une fluctuation dans la vaginale; cette fluctuation d'ailleurs fort nette, s'accroît encore les jours suivants et le 16 on s'aperçoit que la peau toujours rouge et érysipélateuse pointe un peu à ce niveau et le 20 une ouverture se fait, peut-

être au niveau d'une ancienne moucheture : par cet orifice s'écoule une notable quantité de pus. Néanmoins il y avait encore une certaine rétention ; aussi M. Nicaise a-t-il un peu agrandi l'ouverture par une incision ; alors, dès que l'évacuation du liquide purulent contenu dans le vaginal a été complète, on a pu se rendre un compte exact de la diminution du testicule ; il se mesure par la moitié du volume qu'il avait précédemment.

Dès le lendemain on voit apparaître par cette seconde ouverture un champignon de tubes séminifères qui maintenant, pour s'échapper de l'albuginée ont deux voies de sortie. Cependant c'est surtout par la plus récente qu'ils sont expulsés. Il faut d'ailleurs peu de jours pour que l'évacuation soit terminée. On ne trouve plus, dans le scrotum qu'un moignon dur et irrégulier dû à l'albuginée rétractée et à l'épididyme bosselé et volumineux. Les orifices des fistules sont oblitérées, la guérison paraît complète.

OBSERVATION V

(Bulletin Méd. Times and Gazette, 1883, Trad. Rozier)

1. — Le malade était un jeune homme de vingt ans, dont le testicule avait grossi pendant six semaines et mesurait actuellement trois pouces de longueur. Il était ovale, parfaitement lisse, très ferme, sans tubérosités, ni bosselures et ne présentait pas de ligne de démarcation entre le testicule et l'épididyme. La tumeur n'était ni douloureuse ni sensible. Il y avait absence totale de signes d'inflammation et le cordon était très légèrement épaissi.

La grosseur avait été remarquée après un exercice de saut et avait été, en premier lieu, légèrement douloureuse, mais la douleur avait bientôt disparu, pendant que la tumeur augmentait rapidement.

Avec le trocart et la canule, on retira un peu de sang. Après une consultation avec mes collègues, j'enlevai le testicule en Juin 1880, et il se trouva, fort à notre surprise, que c'était un testicule tuberculeux dont les deux tiers environ étaient en état de dégénérescence caséuse.

2. — Le deuxième cas ressemble fort au premier en quelques points, mais le patient était un homme plus âgé, âgé de plus de quarante ans, et la tumeur existait depuis plus de trois mois. Elle était parfaitement lisse, sans bosselures ni tubérosités, presque dure, dépourvue de tout signe d'inflammation, sans adhérences nulle part, et l'épididyme pouvait être distingué ou séparé du corps du testicule. Le cordon était un peu gros.

Je n'étais pas présent à la consultation sur ce cas, mais je vis le patient plus tard dans ma salle et pensai que la tumeur n'était pas maligne.

Bien que sa forme ovale et ses dimensions (environ un œuf d'oie) avec beaucoup d'autres symptômes, fussent en faveur du cancer, cependant, le poli parfait de la tumeur, l'absence d'élasticité suffisaient à justifier une opinion contraire. Peu de jours après, on fit la castration et il fut prouvé que le testicule était tuberculeux.

OBSERVATION VI

(*Walsham. Brit. Méd. Journ. 1884. Traduction de Rozier*)

William G..., âgé de 35 ans, bookmaker, admis le 17 Octobre 1883 dans le service de M. Walsham, dont il avait auparavant suivi la consultation externe pendant huit semaines. Il avait remarqué une tuméfaction de son testicule depuis les dix-huit derniers mois mais n'avait pas ressenti de douleurs jusqu'à ce qu'il y ait environ

huit ou neuf semaines. Il n'avait reçu ni coup, ni offense, dont il se souvint et niait positivement avoir eu la syphilis ou la blennorragie. Ses parents sont en bonne santé, ses grands parents ont vécu jusqu'à environ soixante-dix ans. Il est le plus âgé de dix-huit enfants, qui, à l'exception de trois, morts en bas âge, sont actuellement tous bien portants. Il est lui-même marié et père d'enfants en bonne santé. Le testicule droit était tuméfié de la grosseur et de la dimension d'une poire Jargonelle. Il était irrégulier et nodulaire; ferme, résistant, non élastique et de la même consistance partout; l'épididyme ne pouvait se distinguer du corps du testicule et le cordon spermatique était légèrement épaissi. La peau n'était pas adhérente et la tunique vaginale contenait une certaine quantité de liquide. Il y avait une légère sensibilité à la palpation et la sensation testiculaire avait complètement disparu. La prostate et les vésicules séminales étaient saines en apparence. L'appétit était bon, les selles régulières et les urines normales. Excepté peut-être une légère rudesse respiratoire au sommet droit, mais sans augmentation de la résonnance nasale les poumons et le cœur paraissaient sains.

Pendant qu'il suivait la consultation externe, il avait pris du mercure et de l'iodure de potassium. L'hydrocèle de la tunique vaginale augmenta rapidement et remonta le long du cordon jusqu'à l'orifice abdominal en causant quelque douleur. L'hydrocèle fut évacuée et le patient ressentit un grand soulagement. Elle se reproduisit de nouveau et l'évacuation fut de nouveau répétée. Après une autre ponction elle se reproduisit encore et le patient fut admis à l'hôpital. Le liquide de l'hydrocèle fut une fois de plus évacué; on introduisit un trocart dans le testicule et on le trouva d'une dureté fibreuse, mais une goutte ou deux de sang seulement s'échappèrent. On ordonna au malade le repos au lit et l'huile de foie de morue. Mais, comme malgré le repos, l'hydrocèle se remplissait de nouveau et

rapidement autant de fois qu'on l'évacuait, que le testicule augmentait de grosseur plutôt qu'il ne diminuait et que le patient souffrait considérablement, il était anxieux de le voir enlever. C'est ce qu'on fit, suivant le procédé ordinaire, le 31 Octobre; on lia séparément les vaisseaux du cordon spermatique au catgut phéniqué et on pansa la plaie à la gaze antiseptique. Le patient guérit parfaitement; la plaie était réunie le 10 Novembre, et il sortit le 12.

Le corps de la glande était infiltré de tubercules qui avaient par place, subi la dégénérescence caséeuse. L'épididyme avait la dimension ordinaire et était presque sain.

OBSERVATION VII

(Walsham, *Brit. Méd. Journ.* 1884. Traduction Rozier)

J. W..., charpentier, âgé de 52 ans, admis le 20 Janvier 1883 dans le service de sir Walsham.

Il racontait que huit semaines auparavant il avait reçu un coup sur le testicule gauche et que le matin suivant il l'avait trouvé grossi à peu près comme il l'est maintenant. La contusion lui causa une très légère douleur sur le moment et il n'a pas souffert depuis. Il ne croit pas que son testicule eût grossi avant qu'il n'eut reçu le coup, mais il n'oserait l'affirmer, car c'est à l'occasion du coup qu'il porta pour la première fois son attention sur cet organe. C'était un homme d'apparence robuste et il racontait avoir toujours joui d'une bonne santé. Le testicule gauche avait les dimensions et la forme d'un œuf de canard; il était ovale, lisse, opaque, uniformément rénitent, modérément lourd, et de la même consistance. L'épididyme ne pouvait se sentir, ni se distinguer du reste de la tumeur, et le cordon spermatique n'était pas du tout épaissi. La peau sus-jacente était

saine, non adhérente et ne montrait pas de veines dilatées. La palpation de la tumeur n'occasionnait pas de douleur et la sensation testiculaire n'était que très légère, si même elle existait. On ne trouvait pas de ganglions engorgés dans la région lombaire; il n'y avait aucun signe de blennorrhagie ou de syphilis et il niait avoir eu l'une ou l'autre. Un de ses frères et une de ses sœurs étaient morts de consommation, mais personne dans sa famille, aussi loin qu'il pût en avoir connaissance, n'avait souffert de cancer. A part une très légère rudesse au sommet droit, en arrière, les poumons paraissaient sains de même que les autres organes. Il suivit, comme malade externe, un traitement mercuriel à petites doses pendant trois semaines environ ; mais comme il n'y avait pas de modification dans la tumeur, il fut placé à l'hôpital et montré à la consultation hebdomadaire. L'opinion générale fut plutôt favorable à l'hypothèse d'une tumeur sarcomateuse, mais tout le monde doutait beaucoup de sa nature exacte et on suggéra la possibilité d'un cas d'hématocèle ou d'orchite chronique. Presque tous les assistants étaient favorables à l'ablation. On ponctionna le testicule qu'on trouva être une tumeur solide, et une ou deux gouttes de sang seulement s'écoulèrent. On en fit l'examen microscopique mais on n'y trouva rien en outre des globules sanguins. Le 1^{er} février, M. Walsham enleva le testicule par le procédé ordinaire, en assurant la ligature du cordon spermatique par un fort cordon de soie dont les extrémités furent coupées court et laissées dans la plaie. Le malade guérit bien, à part la formation d'un léger abcès vers le 15 février. Lorsqu'on l'ouvrit, il contenait environ trois drachmes de pus concrété. La ligature du cordon tomba le 28 février en même temps que la plaie se trouvait réunie.

Après l'ablation, on trouva le testicule uniformément grossi, tandis que l'épididyme était sain. La coupe à travers la tumeur montra qu'elle était formée d'une substance dure, d'un gris uniforme, résis-

fante, coupée par des rangées transversales de masses granuleuses d'une matière caséuse jaune dans laquelle étaient parsemées des gouttes de pus.

L'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse de l'affection.

OBSERVATION VIII

(Thierry, interne des hôpitaux. — Thèse Chéreau)

P... Pierre, âgé de 24 ans, garçon d'hôtel, entre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Humbert, suppléé par M. Bazy.

Points d'antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure ; pas de blennorrhagie, pas de traumatisme.

Le malade s'aperçoit que tout à coup (il est très affirmatif à cet égard) (juin 1885), son testicule droit a pris un volume considérable ; il a eu quelques douleurs le long du trajet du cordon. Il continue à travailler quelques jours et applique des cataplasmes, puis, inquiet, il se rend à Saint-Louis où l'on fait une ponction infructueuse (quelques gouttes d'un liquide jaunâtre) ; le traitement à l'emplâtre de Vigo reste inefficace. L'onguent napolitain, puis les cataplasmes sont ensuite essayés sans plus de succès ; l'iodure de potassium n'amène aucune amélioration. Le malade entre alors au Midi dans le service de M. Mauriac (30 juillet). A ce moment, il a commencé à maigrir ; deux ponctions faites au bistouri donnent lieu à un léger écoulement sanguin. On applique des cataplasmes et on ordonne des bains ; la douleur spontanée est très vive.

Puis, il est adressé à M. Bazy, et entre dans le service le 24 Août. A ce moment, le testicule droit est volumineux (volume d'un

très gros œuf de poule environ), arrondi, élastique à la palpation ; l'épididyme est confondu avec le reste de la masse.

Pas de transparence. On remarque à la partie antérieure et inférieure la trace laissée par les ponctions, la cicatrisation en est encore imparfaite. Enfin, une nouvelle ponction est faite sans résultats.

Pas de phénomènes généraux. Le malade ne tousse pas et ne crache pas. Aucune lésion de la prostate et des vésicules séminales, pas de lésions ganglionnaires. On porte le diagnostic de sarcome du testicule et l'opération est décidée et pratiquée le 1^{er} septembre. Le testicule est énucléé, le cordon est isolé, puis lié à l'aide de deux catguts.

Le résultat opératoire est excellent et le malade sort de l'hôpital le 11 Septembre, 11 jours après l'opération et en parfait état ; nous l'avons revu une fois de puis, il était bien portant.

Examen de la tumeur : Le testicule est incisé suivant son grand axe ; l'épididyme présente une masse jaunâtre en voie de fonte caséuse. Les enveloppes du testicule sont saines, sauf un léger épaissement de la vaginale, il n'y a pas de liquide épanché, le cordon est indemne. Le parenchyme de l'organe est d'un brun clair et présente des trainées blanchâtres, assez régulières, disséminées dans toute l'étendue de la coupe et anastomosées par places.

Des coupes du testicule vues par M. Cornil ont montré que les tubes séminifères ne sont point reconnaissables. Il existe une néoformation abondante de cellules embryonnaires, au milieu desquelles on reconnaît des follicules tuberculeux, avec cellules géantes très nettes.

En résumé, nous avons affaire à un testicule tuberculeux.

Remarques. — Ce cas nous montre la difficulté parfois considérable du diagnostic de la lésion prise tour à tour (autant que peuvent l'indiquer les divers traitements auxquels le malade a été soumis),

pour un accident syphilitique, pour une orchite, et en dernier lieu pour un sarcome.

La rapidité du développement, la douleur spontanée, la forme et la rénitence particulières de la tumeur, l'absence de toute suppuration et de toute fistule, enfin la difficulté d'isoler l'épididyme ou de sentir des bosselures avaient fait penser à un sarcome.

OBSERVATION IX

(Chéreau, thèse, Paris, 1888)

Homme de 68 ans, entré dans le service de M. Campenon, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry.

L'état général est mauvais ; c'est un homme qui paraît faible et épuisé ; il est très amaigri. Depuis plusieurs mois, il tousse et crache abondamment ; il a eu des hémoptysies.

A l'examen de la poitrine, on reconnaît les signes d'une tuberculose pulmonaire.

Il entre pour une tumeur du scrotum du côté droit. Le début de son affection remonte à six semaines environ ; il a tout d'abord éprouvé de la douleur en même temps que ses bourses augmentaient de volume.

La tumeur a acquis tout son développement dans l'espace de quatre à huit jours, puis elle est restée stationnaire.

Aucun traumatisme pour expliquer ce gonflement. La tumeur ne se prolonge pas dans le canal inguinal. Son volume est celui d'une grosse orange ; c'est un ovoïde à petite extrémité supérieure. Elle n'est pas fluctuante ; sa consistance ne rappelle en rien celle de l'hydrocèle ; d'ailleurs, il n'y a pas de transparence. Elle est dure, lisse, régulière, sans bosselures, sauf à l'endroit où elle se continue

avec le cordon; là on sent une induration plus grande. Impossible de séparer le testicule de l'épididyme; ils forment une seule masse. Pas d'épanchement vaginal.

Le canal déférent, légèrement atteint est un peu plus résistant. La prostate et les vésicules séminales sont saines.

M. Castex porte le diagnostic de tuberculose testiculaire diffuse.

On castré le malade le 4 Septembre; les suites de l'opération furent des plus simples, et le 15 Octobre le malade quittait l'hôpital guéri.

Examen: le testicule, fendu dans le sens antéro-postérieur, présente sur toute la surface de coupe une coloration jaune: il a l'apparence d'un énorme marron d'Inde. De place en place, surtout vers la périphérie, on croit reconnaître de rares granulations. L'épididyme comme le testicule, a subi la fonte caséuse; les lésions paraissent du même âge dans l'un et l'autre organe.

OBSERVATION X

Thèse de Rozier. Service de M. le Professeur Demons.

Due à M. Lacaze, interne du service.

B... Jean, 21 ans, cultivateur, entre le 10 Janvier 1891.

Antécédents héréditaires: Bons.

Antécédents personnels généraux: Nuls.

Antécédents spéciaux: Nuls.

Le malade a été envoyé dans le service de M. le Professeur Demons par M. le Dr X. qu'il croit atteint d'hématocèle.

D'après le malade, le début de l'affection remonterait à environ deux ans et demi; il se serait aperçu à cette époque d'une « petite grosseur en arrière du testicule ». Il ne peut donner de détails sur

le mode d'apparition de cette tumeur, ni sur les circonstances qui l'ont précédée et ne paraît pas très fixé sur sa présence effective et son siège réel.

Quoiqu'il en soit, dès cette époque son testicule aurait commencé à gonfler et ce gonflement aurait continué régulier et progressif jusqu'à maintenant. Il ne s'est jamais accompagné d'aucune espèce de douleur sinon, lorsque le volume a été notable, d'une légère sensation de gêne; aussi n'a-t-il songé que tardivement à recourir aux conseils de son médecin. Celui-ci fit, après examen, une ponction qui amena seulement quelques gouttes de sang.

Etat actuel: Les symptômes fonctionnels sont nuls; le malade n'a jamais éprouvé de douleurs, pas de troubles de la miction ou des fonctions génitales. Il n'y a eu ni hématuries, ni écoulement d'aucune espèce avant ou pendant l'évolution de la tumeur.

A l'inspection, augmentation de volume considérable de la bourse gauche; pas de dilatation des veines superficielles, pas de modifications de couleur de la peau, pas d'ulcérations ou d'orifices fistulaires.

Le scrotum glisse facilement sur les parties sous-jacentes avec lesquelles il n'a contracté aucune espèce d'adhérence; il n'est ni chaud, ni induré, ni tuméfié.

La tumeur répond à la portion inférieure de la bourse et du cordon gauche, lequel constitue son pédicule; elle est très mobile dans l'intérieur de la cavité bursale où elle glisse facilement dans tous les sens. Sa forme est régulièrement ovoïde, son volume celui d'un gros œuf d'oie. Elle paraît plus pesante qu'une hydrocèle de volume correspondant. Sa consistance est partout égale et rénitente plutôt qu'élastique; il n'y a pas de fluctuation. La surface de la tumeur est parfaitement lisse; on n'y distingue ni bosselure, ni tubérosité; la palpation et la pression ne provoquent aucune douleur. Il

est impossible de distinguer l'épididyme du testicule; la sensation spéciale du testicule a disparu.

La transparence, soigneusement recherchée, n'existe pas. Le cordon paraît complètement sain depuis l'orifice externe jusqu'au bord postérieur de la tumeur où il se perd.

Dans ces conditions, et étant donné la marche de la tumeur et les résultats de la ponction exploratrice, le diagnostic du médecin traitant paraît confirmé. Vu l'ancienneté de la lésion, il y a peu à compter sur les résultats de l'injection iodée et l'incision est décidée.

Opération du 12 Janvier 1891: Incision verticale du scrotum sur une longueur de sept centimètres; incision de la vaginale; elle paraît complètement saine et contient la tumeur qui s'émouline pour ainsi dire d'elle-même, entraînant le cordon qui adhère à sa partie postérieure et paraît complètement sain. Formation du pédicule, ligature du cordon par deux points en chaîne, dissection et traction de la vaginale, ligature en collet, drainage et suture.

Suites excellentes: Réunion par première intention.

Le malade sort le 24 Janvier complètement guéri: depuis l'opération on avait procédé à un examen minutieux des poumons, des vésicules séminales et de la prostate; les poumons paraissent complètement sains. De même les vésicules séminales ne sont ni bosselées, ni dures, ni douloureuses; la prostate a son volume et sa consistance normale, cependant la pression du doigt au niveau de la face postérieure est vivement ressentie.

Examen de la tumeur: L'examen direct confirme les signes recueillis par le toucher. La coque de la tumeur est lisse, brillante, nacré et paraît formée par l'albuginée considérablement distendue, on aperçoit par transparence les veines flexueuses qui convergent vers la déférentielle.

Fendue suivant un plan antéro-postérieur, la tumeur paraît formée d'un tissu plutôt fibreux, au sein duquel sont quelques cavités, du volume d'une noisette, les unes remplies à demi de pus, les autres d'un liquide sanguinolent; les cavités paraissent dues à la dégénérescence de masses caséuses dont la tumeur présente encore quelques échantillons plus petits. La substance propre du testicule paraît avoir complètement disparu ainsi que l'épididyme; le bout périphérique du cordon se perd à la portion inférieure du bord postérieur de la tumeur dans une lame fibreuse qui se continue avec les tractus fibreux de l'albuginée et recouvre immédiatement la masse fondamentale de la tumeur, sans que la dissection puisse retrouver trace de l'épididyme.

L'examen microscopique et bactériologique a été fait par M. Labrunie, externe du service. La glande, complètement détruite, ne présente pas traces de son organisation antérieure; et la tumeur paraît formée de tissu conjonctif de nouvelle formation avec de nombreux tubercules; on y trouve également le bacille de Koch.

OBSERVATION XI

(Thèse de Rozier, Ns 992 de la clinique du Dr Pousson)

Jean L..., 30 ans, gardien de la paix, se présente à la clinique du Docteur Pousson le 22 Décembre 1890.

Antécédents héréditaires: le père et la mère sont en vie et se portent bien; il a perdu une sœur il y a trois ans, probablement de tuberculose pulmonaire. Cette femme déprimée par trois accouchements laborieux était très sujette à s'enrhumer et est morte après avoir beaucoup toussé et beaucoup craché au dire du malade.

Antécédents personnels : Rien à noter dans la première enfance, pas de croûtes dans les cheveux, pas d'écoulement par les oreilles, en somme pas d'antécédents strumeux. Il se porte bien jusqu'à 25 ans ; c'est alors qu'il prend une fluxion de poitrine dont la résolution fut longue.

Le malade entra à l'hôpital ; c'était en 1885, et ce ne fut qu'à force de vésicatoires et de ventouses qu'il arriva à se débarrasser de sa pneumonie. Il en a conservé une prédisposition aux bronchites, prédisposition bien favorisée par son métier qui l'oblige à rester dehors par tous les temps.

Comme antécédents urinaires nous notons : Une sorte d'échauffement il y a trois ans ; une blennorrhagie puisqu'il y avait écoulement assez intense. Cet écoulement s'arrête en dix jours et reparaît au bout de quelques semaines. Il fut alors plus difficile à guérir, malgré l'emploi d'injections diverses.

Après cette blennorrhagie, le testicule droit est resté un peu tuméfié, et légèrement douloureux surtout au niveau de l'épididyme. Cette tuméfaction n'a pas acquis le volume d'une noisette jusqu'à il y a un an.

Depuis cette époque il a grossi plus rapidement, mais surtout depuis un mois.

Les fonctions urinaires ne sont altérées que depuis un an ; quelques troubles dans les urines de temps en temps ; parfois fréquence de mictions. Mais il y a cinq mois, notre malade a pissé parfois du sang ; les mictions deviennent de plus en plus fréquentes et le trouble des urines devient plus permanent.

Etat actuel : Trouble dans les urines. Mictions très fréquentes, plus fréquentes quand le malade travaille beaucoup ; légère douleur pendant la miction, très souvent du sang dans les urines.

L'exploration du canal de l'urèthre avec l'explorateur à boute numéro 16 de Guyon provoque de vives douleurs et principalement quand on traverse la portion prostatique; cette exploration ramène quelquefois du sang.

Le testicule droit qui grossit depuis un mois très rapidement a le volume d'un citron; en avant il y a un peu d'hydrocèle et audessous le doigt qui presse ressent la consistance du testicule normal, pas de bosselures.

En arrière l'épididyme fortement tuméfié, cependant lisse, coiffe le testicule sur tout son bord postérieur et offre une dureté presque ligneuse; quelques bosselures peu saillantes, la pression est un peu douloureuse.

Le cordon gros comme une plume d'oie est comme injecté au suif, non douloureux.

Le testicule gauche est à peu près normal. On remarque sur l'épididyme quelques bosselures assez molles qui semblent en voie de développement; le cordon est moins gros que celui du côté opposé; mais plus gros qu'à l'état normal.

Le toucher rectal permet d'atteindre une prostate un peu grosse, bosselée et douloureuse au niveau des cornes.

L'examen de la poitrine demeure douteux; le malade tousse un peu, a des sueurs nocturnes.

La consistance et la forme de la tumeur formée par le testicule droit, et son évolution jusqu'à ces derniers jours fait croire à un sarcome du testicule.

Mais, les troubles urinaires, l'invasion de la prostate et du cordon, les quelques antécédents que présente le malade, ne laissent pas douter un instant qu'on ait affaire à de la tuberculose du testicule.

Le malade vient à la clinique depuis plus d'un mois, il suit un régime tonique; on lui fait au col de la vessie des instillations d'huile de vaseline iodoformée et son état est loin de s'améliorer.

OBSERVATION XII

(Thèse de Sarrautle. Communiquée par M. Jeannel) (1)

Castration gauche, résection de la tête de l'épididyme et du déférent.

Castration totale trois mois après. Guérison incomplète.

L... Prosper, vingt huit ans, rue des Filatiers, Toulouse. Antécédents héréditaires et personnels sans importance. En 1895, formation d'un abcès à la partie supéro-externe du testicule gauche, ouverture spontanée, fistule consécutive. En février 1897, apparition de deux autres abcès situés au-dessous du précédent. Fistules. Jamais de douleur. Pas de modifications du coït. Entré à la salle Saint-René, n° 2, le 10 Mai 1897, où l'on constate que le testicule gauche est du volume d'un poing d'adulte. Le canal déférent hypertrophié. Testicule droit augmenté de volume, épидидyme sain en apparence. Prostate saine.

Opération sous chloroforme le 20 Mai. Ablation large du testicule gauche. A droite, résection de la tête de l'épididyme, résection du cordon spermatique au niveau du tiers supérieur avec le tiers moyen; on cautérise le moignon. Le testicule gauche était entouré par une hydrocèle constituée par un liquide jaune citron. L'incision du testicule a montré l'envahissement du testicule et de l'épididyme gauche par des lésions caséuses multiples. Le testicule droit était entouré par un peu d'hydrocèle; à sa partie inférieure, poche purulente curettée et atteignant le volume d'une grosse noisette. Pas de fièvre d'inoculation.

(1) La première partie de l'observation a été recueillie par M. le Docteur Taillefer, chef de Clinique.

En Juin 1897, adénite suppurée gauche, opérée le 31 Juillet par M. Secheyron. Le 14 Août, castration droite sans résection du cordon. Injection du sérum de M. le professeur Penières (quatre ou cinq injections pratiquée au niveau du cordon qui a suppuré. Amélioration.

Revu le malade en Juillet et décembre 1899. Etat général excellent; le poids du corps a augmenté de trois ou quatre kilos. A droite et à la racine de la verge persiste une petite fistulette de un à deux centimètres de profondeur, donnant du pus de temps à autre. L'appétit sexuel est conservé, un peu émoussé bien qu'il n'existe plus d'érection ni d'éjaculation. Pas de troubles nerveux, pas d'abattement ou de modifications du caractère. Le malade, bien que marié, prend, dit-il, « son mal en patience ». Prostate saine, rien au poulmon.

OBSERVATION XIII

(Thèse de Sarraute. Communiquée par M. Jeannel)

Orchite tuberculeuse gauche. — Castration. — Guérison

G... Louis, vingt-neuf ans, Toulouse. Père et mère morts jeunes de phtisie pulmonaire. Phénomènes pulmonaires mal caractérisés à treize ans. Deux blennorragies sans épididymite à l'âge de vingt-trois ans et de vingt-sept ans. En novembre 1896, apparition de douleurs spontanées et intermittentes dans le testicule gauche; un mois après, gonflement, exacerbation des phénomènes douloureux qui deviennent insupportables, surtout après la fatigue. Le testicule gauche est bosselé, très dur, du volume d'une mandarine, extrêmement douloureux, fait une saillie visible sous les téguments. Pas de liquide dans la vaginale. Peau du scrotum normale et non adhérente à la tumeur. Sommets douteux. Opérations le 8 Décembre. Chloroforme, castration. Le cordon est reséqué le plus haut possible. Le testicule

présente dans toute son étendue, de vastes foyers de caséification, qui par endroits rappellent assez bien la coupe de marron cru décrite par Reclus. Réunion immédiate. Suites normales. Exeat le 19 Décembre.

Le malade était en bonne santé en Juillet 1899. Il continue sans peine, sa profession de typographe. Les poumons restent toujours suspects. Le testicule droit paraît sain, le canal déférent est peut-être un peu plus volumineux qu'à l'état normal, l'épididyme augmenté de volume, je n'ai pu découvrir d'induration ou de noyau nettement délimité. La pression de ces organes n'est pas douloureuse. Le toucher rectal ne nous fait rien constater d'anormal. Aucune sorte de troubles à signaler.

OBSERVATION XIV

(Thèse de Sarrautte. — Recueillie dans le service de M. Jeannel)

Orchite épидидymite, funiculite, tuberculeuse gauche.

Castration Guérison

L... (François), trente-six ans, rue Sainte-Germaine, 37. Rien de spécial à la question des antécédents. Début de l'affection en Septembre 1898. Sans cause appréciable qu'une course de cinquante kilomètres, gonflement du testicule gauche. Dans les premiers jours de Janvier et bien que restant toujours indolore, la tumeur a considérablement augmenté de volume, ce qui décide le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 21. La bourse gauche est distendue par une grosse tumeur du volume d'un poing d'adulte. Cette tumeur n'est autre que le testicule; elle est régulière, dépressible, mais non fluctuante, non douloureuse à la pression. L'épididyme est considérablement augmenté de volume. Le canal déférent est hyper-

trophé, moniliforme, sensible à la pression. Le testicule droit est sain, le toucher rectal ne nous révèle pas de lésions prostatiques nettes. Poumon sain. Intervention le 10 Janvier 1897. Hydrocèle. Le testicule, l'épididyme et le déférent sont farcis de noyaux caséeux. On attire le cordon le plus haut possible, on le resèque après attouchement au thermo-cautère. Le déférent se rétracte dans l'abdomen, une hémorragie se produit immédiatement, bien que l'on ait appliqué l'angiotribe de Tuffier. On ne peut saisir le moignon, on ouvre le canal inguinal, on lie à nouveau, on suture, drainage. Réunion très rapide, suites normales. Le malade quitte l'hôpital fin janvier.

J'ai revu le malade le 17 Février 1899. L'état général est excellent. Roulier chez un minotier, notre sujet possède une musculature des plus puissantes. Il n'éprouve aucune sorte de troubles, et il peut, sans grande fatigue, charger toute la journée des sacs de 120 kilos. Le testicule droit est absolument sain, ainsi que le cordon. Le toucher rectal nous permet de constater l'intégrité complète de la prostate et des vésicules séminales. Marié, le malade n'éprouve aucune peine à bien remplir ses devoirs de mari. Poumons absolument sains, et l'on a peine à croire qu'un tel sujet ait été atteint de tuberculose, tant son état général est vigoureux.

OBSERVATION XV

(Mauclaire, Soc. Pédiatrie 1901)

Je présente à la Société, un jeune homme de 16 ans, que j'ai opéré le 24 Janvier dernier dans le service de M. Humbert, pendant un remplacement à l'Hôpital Ricord. Chez ce malade, le testicule droit était devenu douloureux et très volumineux depuis environ cinq mois et cela sans cause appréciable, telle qu'un traumatisme ou un écoule-

inent urétral ; pas de troubles vésicaux. Au moment de l'entrée du malade dans le service, la masse génitale forme un bloc presque aussi gros qu'une mandarine ; cette masse se continue avec le cordon très induré à son origine. Plus haut, le canal déférent n'est pas augmenté de volume. Pas d'épanchement notable dans la tunique vaginale. Pas d'adhérences de la masse congénitale avec le scrotum. Rien de particulier à noter à l'autre testicule ni à la prostate et aux vésicules séminales.

L'état général est assez bon, quoique le malade ait un peu maigri depuis quelque temps. Pas de fièvre.

Le diagnostic de tuberculose épididymaire nous paraît évident, et nous pratiquons l'opération de la double ligature totale du cordon spermatique à la sortie du canal inguinal avec section totale intermédiaire. La plaie réunie d'abord par première intention ; il n'y eut pas chez notre malade de fièvre de réaction comme nous l'avons noté quelquefois après cette ligature. Trois semaines après, à la partie inférieure de la plaie, se produit l'évacuation d'un petit abcès. Une fistulette persista pendant trois mois. Trois mois après ce traitement, les deux testicules présentaient le même volume. Le testicule correspondant à la ligature était dur et insensible. Six mois après, le testicule droit est notablement atrophie. Aujourd'hui, seize mois après, la section entre deux ligatures, on sent deux petites masses superposées, grosses comme deux noisettes, auxquelles aboutit le cordon dont le volume est diminué de moitié.

Ce qui est curieux à signaler, c'est que le testicule gauche est notablement hypertrophié. Cette hypertrophie de compensation est assez irrégulière et un peu imprévue. Nous l'avons déjà notée chez un malade il y a plusieurs années après une castration pour bacillose chez un adulte. L'autre testicule aux dires mêmes du malade s'était hypertrophié...

OBSERVATION XVI

(Mauclaire et Vigneron, Soc. Anat. Paris 1924)

La première que nous présentons à la Société Anatomique est un testicule tuberculeux à forme pseudo-néoplasique. Le corps du testicule du volume d'un abricot est uniformément dur, sans bosselures, sans point de ramolissement. L'épididyme est remarquablement intact, il n'est pas enfoncé dans le corps du testicule, contrairement à la règle, le cordon est parfaitement régulier. Le toucher rectal ne montrait ni atteinte des vésicules, ni atteinte de la prostate, l'état général du malade était excellent, le Wassermann négatif. Le signe de l'épididyme étant ici en défaut, rien ne pouvait faire dire tuberculose pseudo-néoplasique, sauf peut-être, l'âge du malade : 20 ans. Mais l'on a vu des cancers du testicule précoce à 25 ans.

La coupe de l'organe, dans son plan médian, montre à l'œil nu, des nodules tuberculeux remplissant uniformément le corps de l'organe et l'absence de lésions épididymaires. Une préparation microscopique que nous joignons à la pièce montre des follicules tuberculeux confluent. C'est en 15 mois, le second cas qu'observe le Docteur Mauclaire dans son service. La tuberculose du testicule n'est donc pas si rare qu'on pourrait le penser.

OBSERVATION XVII

(Mauclaire et Vigneron, Soc. Anat. Paris, 1923)

La pièce que nous présentons à la Société Anatomique, un testicule tuberculeux pseudo-néoplasique, nous semble intéressante à plusieurs points de vue. La glande est prise en masse, alors que les

lésions de l'épididyme sont minimales, la présence sur celui-ci d'un petit noyau au niveau de la tête et les lésions histologiques relevées sur une coupe du cordon prédominant au niveau des artères, sont en faveur de l'origine artérielle de l'infection.

Le malade porteur de cette lésion, est entré au mois de Janvier dans le service du Docteur Mauclair à la Pitié. C'est un homme de 40 ans, dont l'attention avait été attirée sur le volume de son testicule droit, cinq ou six mois auparavant. Il n'avait jamais eu de phénomènes aigus, jamais d'écoulement urétral, et c'est la gêne et l'impression de lourdeur que provoquait ce gros testicule qui l'avaient déterminé à entrer à l'hôpital. A l'examen, on constatait un gros testicule du volume d'un œuf indolore, régulier, non aplati, sans nodosités, de consistance à peu près normale, sans adhérence. L'épididyme était difficilement percevable, il n'existait aucune lame d'hydrocèle. Le cordon semblait intact ; il n'y avait aucun ganglion inguinal ou profond ; par le toucher rectal, la prostate et les vésicules séminales semblaient intactes. Il n'existait aucun phénomène urinaire. L'auscultation ne montrait aucune lésion pulmonaire. Fallait-il porter le diagnostic de néoplasme ou de forme hypertrophique si rare de la tuberculose ?

A l'intervention, on trouva un testicule hypertrophié mais régulier et lisse, de couleur normale, avec une *vaginale un peu épaissie*. Il se confondait avec l'épididyme en une masse volumineuse. L'incision de cette tumeur montra ce qu'on peut voir ici sur la pièce conservée : Une masse homogène blanc jaunâtre, ovoïde, rappelant un gros marron cru, occupant presque toute la glande, ne laissant autour d'elle qu'une bande étroite de parenchyme. Dans celle-ci, quelques petites granulations évoquaient la tuberculose. La coupe de l'épididyme ne montrait qu'une petite nodosité, grosse comme un poids, au niveau de la tête.

Les lésions signalées dans les coupes de tuberculose du testicule qui ont été relevées dans la thèse de Reclus, n'affectent généralement pas cette disposition. Elles sont disposées en étoiles, en bandes, rayonnant autour du corps de Highmore. La disposition massive est d'une extrême rareté. L'histologie fait la preuve de la nature tuberculeuse de la lésion. Nous présentons ici trois coupes dûes à Mlle Lachowsky, préparateur d'histologie et externe du service. L'une pratiquée au niveau du testicule montre une grande réaction de cellules épithélioïdes, avec des plages de nécroses caséuses et quelques tubes déformés. Celle de l'épididyme, montre une infiltration massive. Enfin, une troisième, pratiquée au niveau du cordon, macroscopiquement sain, est particulièrement intéressante en attirant notre attention sur les artères. Celles-ci présentent une artérite hypertrophique très marquée avec une prolifération de l'endothélium qui se plisse à l'extrême. Et, dans cette artérite végétante avec sclérose, on peut voir des nodules inflammatoires disséminés dans la tunique moyenne.

OBSERVATION XVIII

(*Le Dentu, Soc. de Chirurgie, 1912*)

Présente un testicule en ectopie inguinale qu'il avait opéré. D'après l'examen anatomique de Auguste Petit, il s'agissait d'un testicule tuberculeux, mesurant 8,5/7 cm. La surface était mamelonnée en lobes irréguliers avec des parties caséuses.

OBSERVATION XIX

(J. Bouglé)

Charles P... âgé de 20 ans, vient me consulter en Janvier dernier, à l'Hôpital Broussais pour une affection du testicule droit.

La glande génitale de ce côté était très augmentée de volume atteignant à peu près les dimensions d'un gros œuf de poule aplati transversalement. Il est impossible même à une palpation attentive, de distinguer le testicule de l'épididyme, aucun sillon appréciable, ne les sépare. La consistance de la tumeur est uniformément ferme. Cette exploration est indolente. Pas d'épanchement dans la vaginale. Le scrotum a conservé son aspect, sa consistance et son épaisseur normaux. Le cordon spermatique et en particulier le canal déférent paraissent indemnes, même au voisinage de la masse testiculo-épididymaire.

A gauche, le testicule est petit, atrophié, peu consistant. On sent dans la région de l'épididyme deux petits noyaux, lenticulaires, bien circonscrits, mobiles sur le testicule, indolents. Ces nodules ne donnent pas la sensation de foyers tuberculeux de l'épididyme ; ce sont vraisemblablement, de petits kystes épididymaires, peut-être de petits kystes de régression en rapport avec l'atrophie testiculaire signalée précédemment. Le début de l'affection testiculaire droit remonte à 15 jours environ ; c'est du moins à cette époque que le malade s'en est aperçu, par hasard, car il n'en souffre pas, éprouvant seulement un peu de gêne, un peu de pesanteur.

L'état général est assez bon : aucun viscère ne paraît atteint. L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

En présence de cette tumeur, dure, indolente, à évolution rapide, je songe à un sarcome du testicule droit. Le toucher rectal devait me faire abandonner ce diagnostic, en me faisant constater l'existence d'une augmentation de volume très prononcée de la vésicule séminale

droite. La pression à son niveau réveille une vive sensibilité. Rien à la prostate ni à la vésicule séminale gauche. Sur le conseil de M. Michaux, ce malade fut soumis aux injections interstitielles de naphthol camphré. Ces injections furent répétées à doses de $1/2$ cm³ une à deux fois par semaine pendant plusieurs mois. Le résultat curatif fut nul. La glande conserva à peu près son volume ; mais la consistance se modifia et devint inégale, dure en certains points, molle, fluctuante en d'autres. Il devenait en même temps plus facile de distinguer le testicule de l'épididyme, grâce à la présence d'un léger sillon entre les deux, la plus grande partie de la masse étant constituée par le testicule.

Fait intéressant : La vésicule séminale diminuait progressivement de volume et vers le mois de Juillet, c'est-à-dire 6 mois environ après le début, elle avait repris ses dimensions normales et perdu toute sensibilité pathologique.

Au mois d'Octobre, la santé du sujet est un peu moins bonne malgré un traitement général bien conduit. Après une légère attaque de grippe, le malade maigrit et présente à plusieurs reprises des épistaxis suspects. Dans ces conditions, le volume du testicule ne se modifiant pas, je conseille la castration, qui est acceptée. Elle est pratiquée le 6 Décembre. Le canal déférent paraît absolument indemne. Le cordon est lié en deux faisceaux au catgut, suture de la peau au crin de Florence après une hémostase soignée.

Examen de la pièce : Le testicule très volumineux présente à la coupe une surface jaunâtre, parsemée de granulations saillantes, brillantes, du volume d'une tête d'épingle. Au centre du testicule, se trouve une cavité véritable caverne, à parois anfractueuses, renfermant un liquide puriforme de coloration brune. L'épididyme est transformé en une vaste caverne contenant un liquide analogue à celui du testicule.

La vaginale est épaissie, adhérente par places. Elle ne renferme pas de liquide. Le sillon épидидymo-testiculaire est en grande partie effacé par l'épaississement et les adhérences des feuillets de la vaginale.

L'examen histologique pratiqué par mon ami A. Claisse confirme le diagnostic de tuberculose et l'intégrité parfaite du canal déférent.

OBSERVATION XX

(Loubat et Pierre Nadal)

Le malade, un ouvrier agricole, âgé de 38 ans, fait remonter le début des accidents à un traumatisme de la région inguinale gauche reçu deux mois auparavant (coup de pied d'un bœuf).

Il est difficile de savoir le rôle exact d'un traumatisme, car on n'a aucun renseignement précis sur l'état antérieur. Cependant, dès que le médecin traitant voit le malade, le lendemain du traumatisme, il constate l'existence d'une tuméfaction douloureuse de la bourse gauche. Depuis, la lésion au lieu de regresser a augmenté de volume. Elle est le siège de quelques phénomènes douloureux, tiraillements, pesanteur. Il n'y a pas de fièvre; l'état général n'est pas atteint.

A l'examen on trouve une tumeur du volume d'un œuf de dinde formé par le testicule régulièrement augmenté de volume, lourd, et à peine douloureux à la pression. La vaginale non distendue peut être pincée. L'épididyme à peine augmenté de volume en avant est tuméfié vers sa partie postérieure où les tissus superficiels sont infiltrés et adhérents. Le cordon n'est pas augmenté de volume. Les vésicules séminales, la prostate, paraissent saines. Enfin, la palpation profonde de l'abdomen ne révèle pas de masse ganglionnaire.

En présence de cette lésion, où le rôle du traumatisme est difficile à préciser, on retient les trois diagnostics de : syphilis, de tuber-

culose ou de tumeur du testicule, l'hématocèle pouvant être éliminé. Bien qu'il n'y eût pas d'antécédents spécifiques et que la réaction Wasserman se soit montrée négative, on institue un traitement d'épreuve intensif, par injections de biiodure de mercure.

Devant l'inefficacité de ce traitement d'épreuve, on peut rejeter la syphilis et on n'hésite plus qu'entre le néoplasme et la tuberculose. Si l'aspect physique de la lésion, la conservation de l'état général plaident en faveur de la première hypothèse, il faut reconnaître que la tendance à l'ulcération de la partie postéro-supérieure plaide plutôt pour la nature tuberculeuse bien qu'on ne rencontre pas habituellement chez l'adulte, une localisation aussi exclusive du processus au niveau de la glande génitale.

L'intervention est décidée. La veille de l'intervention la peau, rouge, amincie, s'ulcère à la partie supérieure de la tumeur; un peu de pus s'écoule.

Opération: Rachi-anesthésie, castration simple, avec section du cordon au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal. La peau du scrotum est enlevée avec le testicule dans sa portion adhérente. Suites normales. Le malade est guéri au bout de 15 jours.

L'examen macroscopique de la pièce montre que l'épididyme est à peine intéressé vers la queue où il existe une cavité purulente du volume d'un gros pois. Le testicule lui-même, forme toute la masse. A la coupe, on constate que la structure normale de l'organe en lobes a disparu. Plus de cloison reconnaissable, plus de tissu testiculaire; il n'y a partout qu'une substance homogène, grisâtre, assez ferme, en plissant l'albuginée distendue.

Au microscope, le testicule se montre le siège d'une véritable granulie en état d'évolution avancée, n'ayant rien laissé persister des éléments nobles sécréteurs. La plupart de ces granulations présentent la structure classique nodulaire des lésions tuberculeuses; souvent, le

nodule est centré par une cellule géante typique; toujours, il comprend une abondante zone épithélioïde mais la confluence des nodules est telle, que la zone lymphoïde est à peine indiquée. Un grand nombre de ces nodules parfois même des tubercules formés par la coalescence de plusieurs nodules ont subi la dégénérescence caséuse formant de petits abcès froids miliaires.

Conclusion: Granulite testiculaire en évolution rapide vers le ramollissement ayant envahi d'un coup la totalité de l'organe.

OBSERVATION XXI

(*L. Frigaux*)

J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces provenant d'une intervention pratiquée par M. Cathelin chez un malade atteint de tuberculose testiculaire droite, qui portait du même côté une grosse hernie épiploïque. Ce testicule tuberculeux, appartient à la forme massive d'emblée qui est rare. Comme toujours dans ce cas, le testicule et l'épididyme forment une masse compacte, uniforme; on peut cependant remarquer, ici, un abcès de la partie supérieure de l'épididyme.

Obs. — M. D..., 55 ans environ, envoyé par le Dr Fabre, souffre de douleurs violentes dans le testicule droit qui a grossi très rapidement et présente actuellement le volume d'une orange. Il existe en même temps une énorme hernie inguinale droite; l'intestin est réductible, mais non l'épiploon.

Opération le 27 Avril 1911: l'épiploon est étranglé; résection jusqu'au colon qui est amené dans la plaie, ligature en chaîne. Après résection du sac, on pratique une castration droite, et la paroi est reconstituée par les procédés combinés de Barker Bassini et Lucas Championnière; pas de plan antérieur. Aucun incident,

Le poids du testicule est de 175 grammes. Le poids de l'épiploon de 200 grammes. Le poids du sac est de 25 grammes. Le déférent est le siège de lésions tuberculeuses mais il a été coupé en tissu sain.

Les suites de l'opération furent excellentes, mais le malade mourut quatre ou cinq mois après au cours d'une pleurésie.

OBSERVATION XXII

(*Martin et Sacuto*)

Cette observation est en somme l'histoire d'une erreur de diagnostic. La pièce opératoire en mains, nous eûmes des doutes, confirmés d'ailleurs par la réponse du laboratoire d'anatomie pathologique.

Il s'agit d'un homme de 32 ans, d'apparence robuste, qui vient consulter le 4 Novembre 1931, parce que depuis environ 3 mois, son testicule augmente de volume. Et cela, sans fièvre, sans douleur locale, sauf ces temps derniers, où une vague sensation de pesanteur et de tiraillement est apparue. Ce malade vient donc nous consulter pour augmentation de volume du testicule, à début insidieux, et à évolution progressive et continue.

Par ailleurs, pas de troubles fonctionnels urinaires; faculté génésique intacte. Pas d'antécédents vénériens pathologiques qui méritent d'être retenus: blennorragie il y a quelques années, pas de spécificité.

L'examen clinique nous révèle dès la simple inspection, une asymétrie très nette du scrotum du côté malade. Et à la palpation, on sent dans la bourse droite, une tumeur ovoïde du volume d'un gros œuf qui n'est autre que le testicule plus que doublé de volume. La consistance en est élastique, sauf au niveau du pôle inférieur, où l'on perçoit un point légèrement fluctuant.

On peut pincer l'épididyme, au niveau de la tête, mais le corps et la queue de l'organe, sont moins aisément perceptibles, et semblent étirés.

Dans l'ensemble, la palpation de l'épididyme nous donne la sensation d'un petit cordon allongé, sagitalement, sur le versant postérieur du pôle supérieur du testicule. Le pincement de la vaginale est possible, et nous insistons sur ce point. La sensibilité testiculaire est amoindrie. Le déférent est souple, non douloureux, donnant au palper la même sensation que l'opposé.

La peau scrotale est souple, et de coloration normale. Aucune adénopathie aux régions inguinales et lombaires. Le contenu de la bourse opposée est normal.

Le toucher rectal, montre une prostate lisse, non douloureuse, sans nodosité. Vésicules séminales non perçues. Du côté urétral, aucun écoulement. Etat général encore bon, malgré un amaigrissement progressif. En résumé :

Nous nous trouvions en présence d'un malade présentant une tumeur testiculaire à début insidieux, et à tendance progressive et continue sans autres symptômes associés.

Nous portâmes alors le diagnostic de séminome et l'intervention fut décidée. Celle-ci fut pratiquée le 10 Novembre 1931. Incision inguino-scrotale. Ablation en bloc du testicule et de ses enveloppes avec résection isolée du déférent aussi haut que possible. Capitonnage de la poche déshabillée. Suture de la peau sans drainage.

Suites opératoires très simples : la température n'a jamais dépassé 37°. Ablation des fils au 8^e jour. Cicatrisation parfaite, par première intention. Le malade quitte l'hôpital le 22 Novembre 1931.

L'examen macroscopique de la tumeur enlevée montre qu'il n'y a pas la moindre trace de liquide dans la vaginale. Celle-ci est souple, et non épaissie, et le feuillet pariétal n'est pas adhérent au feuillet

viscéral. L'épididyme apparaît également d'aspect absolument normal. Par contre, sur la coupe, au niveau du pôle inférieur, et vers le centre du testicule, on trouve deux cavités avec début de caséification. Partout ailleurs, le testicule apparaît uniformément augmenté de volume, mais il n'a ni la coloration, ni la consistance du testicule normal. Par places il crisse sous le couteau, et les surfaces de section sont blanchâtres.

A l'examen histologique, pratiqué au laboratoire central de Rabat, par le Docteur Lafforet, est ainsi rédigé: « la tumeur est infiltrée de cellules rondes ou inflammatoires, en grande abondance. Par place, on trouve de vastes amas caséux, en formation ou déjà existants, dont le centre est occupé par des cellules géantes caractérisées par leurs noyaux disposés en couronnes. Nombreux vaisseaux ».

OBSERVATION XXIII

(Thévenot et Collomb)

Malade opéré dans le service du Professeur Rochet. Il s'agit d'un malade de 27 ans, jusque-là en bonne santé. On ne retrouve pas d'antécédents bacillaires dans sa famille. On relève seulement chez lui, à l'âge de 18 ans, un point de côté probablement pleurétique. Voici maintenant comment s'est déroulée l'affection actuelle. Il y a quatre mois, après un traumatisme insignifiant, est apparue une orchite gauche, très douloureuse, assez volumineuse, et accompagnée de phénomènes généraux intenses. La température oscillant aux environs de 39°. Ce début brutal dura quelques jours, mais la fièvre persista en baissant progressivement pendant trois semaines, tandis que, parallèlement, la tuméfaction du testicule diminuait peu à peu.

Mais les lésions testiculaires se constituaient. En effet, deux mois environ après le début de l'orchite, le médecin traitant, dut ouvrir un abcès subaigu, à la face postérieure du scrotum, ce qui entraîna la persistance d'une fistule. A l'entrée à l'hôpital, un nouvel abcès également d'allure froide, s'ouvrit spontanément en arrière des bourses.

A l'examen on constate alors un testicule très augmenté de volume, quoique peu douloureux. L'épididyme au contraire, est très peu tuméfié. La vaginale ne peut être pincée, mais il ne semble pas exister d'épanchement important à son intérieur. La peau est adhérente autour des fistules qui suppurent.

Par ailleurs, l'examen somatique montra que le canal déférent est induré, que la vésicule séminale du même côté est infiltrée, qu'il existe en plus, un gros noyau inflammatoire dans la prostate.

Mais le testicule droit est sain, les reins sont intacts. L'urine ne contient pas d'albumine, mais seulement quelques filaments dans le premier verre. L'état général est bien conservé et il n'y a plus de température.

Comme le traitement médical poursuivi pendant un mois à la campagne, n'a pas amélioré les lésions, M. le Docteur Thévenot pense que seule la castration peut avoir raison de lésions aussi intenses. Cette castration est alors pratiquée sous anesthésie générale. Les suites opératoires ont été simples. Il est apparu dans l'aîne du côté de la lésion, une adénopathie inflammatoire ayant disparu en quelques jours. Le malade est sorti de l'hôpital et depuis il est en bonne santé.

La pièce opératoire est intéressante à considérer. Elle montre deux choses : le siège testiculaire des lésions. Le testicule est envahi en masse, et presque exclusivement. L'épididyme est un peu induré, mais peu augmenté. La vaginale a ses feuillets épaissis mais ne renferme pas d'épanchement.

L'intensité des lésions. Il existe à la coupe un semis de granulations suppurées ou grises, toutes récentes, dans les tubes séminifères, les tubes droits rete testis. Leur confluence fait par endroit des traînées purulentes.

L'examen histologique confirme la nature tuberculeuse de cette orchite en montrant la présence de masses caséifiées de cellules géantes, et de cellules épithélioïdes.

OBSERVATION XXIV

(Observ. inédite du Dr Mondor) (1)

M. A... A..., 26 ans, manœuvre, d'origine algérienne, hospitalisé une première fois en chirurgie, le 7 Novembre 1931, à l'hôpital Broussais.

Il entre pour une augmentation de volume des bourses apparue dit-il, depuis 15 jours sans aucune douleur. Avant cette date, il n'avait jamais remarqué de modification du côté des bourses. Il accuse en outre des douleurs lombaires gauches.

Ayant, avant son entrée, consulté en ville un médecin, une ponction exploratrice avait, paraît-il, ramené facilement et en abondance, un liquide clair.

L'examen pratiqué, le 7 Novembre, à son entrée dans le service, permettait de reconnaître une asymétrie des bourses avec une augmentation nette de la bourse gauche dont le volume atteignait la taille d'un gros œuf de poule. La peau du scrotum ne présentait aucun aspect inflammatoire.

(1) Observation rédigée par les externes du service,

A la palpation, on reconnut l'existence d'une tuméfaction intra-scrotale gauche.

Prostate normale.

L'épreuve de la transillumination des bourses révéla l'existence d'un épanchement : opacité de la partie supérieure, translucidité au pôle inférieur et à la partie postéro-inférieure. Rien à l'autre testicule ; orifices inguinaux normaux. Pas d'adénopathie inguinale, rien à la palpation de l'abdomen.

Le malade se plaignait en outre de douleurs lombaires gauches et on nota une splénomégalie modérée. Dans ses antécédents pas de blennorragie, aucune notion de bactériose.

L'état général du malade laissait à désirer ; la température était habituellement au-dessus de 38°, montant jusqu'à 39°.

Rien, ni aux poumons, ni ailleurs, ni antécédent de paludisme, s'accompagner d'élévation de la température.

Dès le lendemain de son arrivée, le malade attira l'attention sur la région lombaire gauche ; les douleurs qu'il y ressentait semblaient s'accompagner d'élévation de la température.

A l'examen de la région lombaire on percevait une masse profonde, bien perçue en enfonçant les doigts sous le rebord costal et donnant le contact lombaire. Seul le pôle inférieur en était bien limité. Les urines étaient troubles et laissaient déposer un résidu purulent abondant, sans signes macroscopiques d'hématurie.

Examen de laboratoire : a) Novembre 1931 :

pus assez abondant
quelques cellules endothéliales
colibacille et staphylocoques.

b) Décembre 1931 :

Numération globulaire : 4.800.000 G. R.
12.000 G. B.

Formule leucocytaire : polynucl.	73%
lymphos.	23%
grands mono.	2%
petits mono.	2%

A noter qu'il n'y avait aucune corrélation entre les chutes de température observées et l'élimination des urines.

Le vaccin anticolibacillaire fut essayé.

A l'examen du 27 Novembre 1931 la masse lombaire semblait plus limitée ; le contact lombaire était toujours d'une extrême netteté.

En avant, on repérait un sillon très net qui coupe cette masse en deux parties ; sillon dirigé sagittalement sans échandrure ne répondant pas à une zone de matité.

Le malade pour ces phénomènes est dirigé dans le service de médecine de l'hôpital le 24 Décembre 1931. Il y restera jusqu'au 4 Mars 1932.

Pendant cette période, la tumeur des bourses fut considérée comme un gros testicule spécifique. Et malgré l'absence d'antécédents, et la négativité des réactions humorales, le malade fut soumis à un traitement antisiphylitique sérieux : une série de novarsé-nobenzol jusqu'à 90 cgrs., une série d'injections intra musculaires de Muthanol, du sirop de Gibert, autant de tentatives sans résultat.

Pendant ce séjour en médecine, 4 ponctions exploratrices de la vaginale ont été pratiquées.

Les deux premières ont ramené du liquide citrin.

Les deux dernières furent négatives (pas de renseignements sur les examens cytologiques).

Plusieurs diagnostics après l'échec du traitement spécifique furent alors soulevés : séminome ? pachyvaginalite ?

Le malade est passé de nouveau dans le service de chirurgie où M. Mondor le voit pour la première fois le 5 Mars 1932.

Examen. — Il existe une considérable augmentation de volume : de la bourse gauche, qui dépasse le volume d'un très gros poing d'adulte; ovoïde dans l'ensemble, à grosse extrémité inférieure; la peau du scrotum est parcourue à sa surface de veines dilatées, peu nombreuses, sa coloration est normale, sauf toutefois au niveau de sa partie postéro-externe où elle est rouge et où elle paraît amincie; cette peau scrotale est, à la palpation, épaissie, elle a conservé sa mobilité sur la tuméfaction sous-jacente sauf au niveau d'une région des dimensions environ d'une pièce de 1 franc; située à la partie moyenne de la face antérieure, ce point répond à la zone où ont été pratiquées les ponctions.

La tumeur sous-jacente est dans son ensemble lisse, régulière, sa consistance est ferme mais non d'une dureté ligneuse; et l'on a plutôt l'impression d'une coque résistante que l'on arrive à déprimer. En un point cependant la consistance est toute différente; c'est au niveau de cette zone où la peau du scrotum est de coloration plus rouge: là, la palpation donne l'impression de ramollissement sous-jacent; cette tuméfaction est tout à fait indolente à la palpation une pression appuyée réveille une sensibilité douloureuse, diffuse, sans zone à maximum.

La vaginale ne peut nulle part être pincée.

L'épididyme ne peut être nettement isolé; tout au plus au pôle supérieur perçoit-on une zone plus irrégulière, semblant séparée du reste par une ébauche de sillon, et qui, peut-être, est la tête de l'épididyme.

Le cordon est augmenté légèrement de volume par rapport à celui du côté opposé.

Le canal déférent est augmenté de volume, mais ne présente aucune irrégularité; aucune nodosité; et l'on perçoit nettement en

pinçant le cordon étalé entre 2 doigts les battements de l'artère spermatique.

Cette tuméfaction scrotale est absolument opaque lorsqu'on fait l'épreuve de la translucidité.

Le testicule, l'épididyme, le cordon du côté droit, sont absolument normaux.

Il n'existe pas d'adénopathie inguinale importante, pas d'adénopathie profonde, aortico-lombaire, du moins cliniquement perceptible.

Le toucher rectal montre très nettement une vésicale séminale gauche plus volumineuse que la droite, la prostate paraît saine.

En se basant sur l'histoire clinique de ce malade: début par hydrocèle masquant une lésion épididymo-testiculaire sous-jacente, l'aspect de la lésion scrotale, masse unique où l'on ne distingue ni testicule, ni épididyme, tout cela sous une vaginale sans doute symphysée; existence incontestable d'un foyer pelvien, enfin notion de l'inefficacité d'un traitement anti spécifique sérieux, le diagnostic de bacillose génitale est porté.

On pense aussi qu'il existe une pachy vaginalite secondaire peut-être aux ponctions répétées, masquant les lésions sous-jacentes et réalisant une forme pseudo tumorale de bacillose épididymo-testiculaire.

Intervention le 10 Mars 1932. — Castration gauche.

Ligature isolée des éléments du cordon un peu au-dessus de l'orifice inguinal superficiel; le déférent est un peu augmenté de volume, mais régulier. Libération de haut en bas de la masse scrotale. Ouverture d'un petit abcès dans la région de l'épididyme, partout libération relativement facile.

Hémostase: capitonnage de la partie scrotale, drainage filiforme aux crins au point déclive, agrafes et crins cutanés.

A l'ouverture de la pièce infiltration diffuse de tout le testicule qui constitue à lui seul la presque totalité de la tumeur. L'épididyme n'étant que très légèrement augmenté de volume et en un point abcédé.

A l'hémisection de la pièce, le testicule est de couleur gris rosé partout homogène, avec une sorte de piqueté blanchâtre, sans caverne, sans abcès, sans zone de ramollissement. Même sous les yeux et pendant cet examen macroscopique l'on peut hésiter sur la nature tumorale ou spécifique ou bacillaire de cet énorme testicule.

Examen histologique: (Doctoresse P. Gauthier Villars, Chef de Lab. à Laennec): Tuberculose caséuse massive à la périphérie de la zone caséifiée le tissu conjonctif infiltré de follicules jeunes. Il ne subsiste pas de tissu testiculaire. Ziehl: Pas de B. K.

CONCLUSIONS

1°. — Nous pouvons affirmer que « la tuberculose diffuse du testicule », « la tuberculose massive », « la tuberculose pseudo-néoplasique », et la « tuberculose à forme hypertrophique du testicule » représentent, en termes différents, une même variété de tuberculose testiculaire, la variété qui infiltre primitivement le testicule, qui le prend en masse et qui lui donne l'aspect d'un testicule néoplasique.

2°. — Les difficultés de diagnostic restent grandes. Néanmoins, nous croyons qu'elles pourraient être facilitées si devant tout gros testicule, on pensait aussi à la tuberculose au lieu de se confiner au dilemme syphilitis-cancer.

3°. — Nous pensons que l'examen des vésicules séminales et de la prostate par le toucher rectal est d'une importance particulière pour le diagnostic de la tuberculose testiculaire à forme pseudo-néoplasique. On y peut découvrir le seul signe différentiel décisif.

4°. — Dans le cas où le toucher rectal est négatif, si nous suspectons la syphilis, un traitement d'épreuves durant quinze jours suffira pour lever les doutes. La syphilis

éliminée, nous pensons qu'il faut intervenir dans le plus bref délai, afin de ne pas laisser évoluer une tumeur maligne toujours possible et qui, dans l'espace de quelques jours, pourrait donner des métastases.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu et approuvé,

MAURICE CHEVASSU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZILLOTTI G. — Como se comportano le cellule interstiziali nel testicolo affetto da tubercolosi. — Giorn di Biol. et Med. Sperm. Torino-Genova-1923-1924, p. 209-212.
- BANI B. — Due casi di tubercul. del testic. à decorso acuto-Policl. Roma-1925 T. XXXII, p. 594.
- BOCQUENTIN. — Le diagnostic précoce des tumeurs du testic. Thèse de Paris 1932.
- BOUGLÉ J. — Tuberc. épidi. testic. à forme massive — poussée inflam. de la vésicule séminale, correspondante, intégrité du canal déférent — castration — Bulletin et Mém. Soc. Anat. Paris 1899, p. 1045.
- BUTLIN. — On the diagnosis between malignant tumours and certain tuberculous affections of the testic. — Medical Times and gazette 1883.
- CHEVASSU. — Les tumeurs du testicule. — Thèse de Paris 1906.
- CHEVASSU M. — La tuberculose du Testicule, in Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard et Masson. - 1911 - T. VIII, p. 321-329. Id. Pratique médico-chirurg. 1931.

- CHEVASSU M. — Le diagnostic schématique des lésions du testicule et de ses annexes chez l'adulte. *Journal de Méd. et Chirur. pratique*, 25 Fév. 1933, p. 125.
- CHEVASSU M. — Le diagnostic du cancer du testicule. *Presse Médic.* Mars 1926, p. 48.
- CHEVASSU M. — Le diagnostic et le traitement de la tuberc. génitale chez l'homme. *Congrès de la Soc. Intern. d'Urol.* Bruxelles 1927, p. 390.
- CHEVASSU M. — Diagnost. immédiat et précoce des cancers du testicule. *Soc. de Chirurgie* 9 mars 1932, p. 475.
- CHÉREAU. — Tuberculose testic. diffuse. Thèse de Paris 1888.
- DUFOUR. — De la tubercul. des organes génitaux de l'homme. Thèse de Paris : 1854.
- ELS. — Neuere Gesichtspunkte bei der behandlung der Hodentuberk. — *Deutsche Médiz. Wochenschr.* Leipzig 1920, p. 451.
- FOSSARD. — De l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1855.
- FRIGAUX. — Tuberculose granulique massive du testicule droit, coexistence d'une grosse hernie. épipl. — castration — cure radicale. *Bull. Soc. Anat* 1911, p. 716.
- JORDAN. — Pathol. und. Thérap. der Hodentuberk. *Beitrag Z. Klin der Tuberk.* 1903, p. 207.

- Krischner H. Beitrage z. Hodenpathologie. Centralbl. für allgemeine Pathol. und Cathol. Anat. Jena 1926. T. XXXVII, p. 435.
- LE DENTU A. — Tuberculose d'un testicule en ectopie inguinale. Bullet. Soc. Chirurg. 1912, p. 1481.
- LOUBAT ET NADAL. — Tubercul. testic. massive à forme hypertrophique, castration. J. de Méd. de Bordeaux 1924, p. 365.
- MARION. — Du traitement de la tuberculose génitale de l'Homme. Journal d'urologie 1925, p. 524.
- MARTIN ET SACUTO. — Tuberc. du testic. à forme pseudo-néopl. chez un adulte. Le Maroc Médical. N° 114, 1931.
- Idem — Maroc Méd. N° 115, 1932.
- MAUCLAIRE. — Résultat éloigné du traitement de la tubercul. épid. testic. à forme massive par la ligature du cordon spermatique. Bull. Soc. Pédiatrie, Paris 1901, p. 159-162.
- MAUCLAIRE ET VIGNERON. — Sur un cas de testicule tubercul. à type pseudo-néopl. (localis. testic. primitive; artérite hyperplasique). Bullet. et Mém. Soc. Anat. Paris 1923, p. 166.
- MAUCLAIRE ET VIGNERON. — Tuberc. à forme pseudo-néoplas. du testicule. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris 1924, p. 501.
- MONOD ET TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris 1889.

PONCET. — La tuberculose infl. de l'appareil génital de l'homme. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris 1912, p. 505.

RECLUS. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1876.

ROZIER. — La tuberc. testicul. diffuse. Thèse de Bordeaux, 1891.

SEBILEAU ET DESCOMPS. — Maladies des organes génitaux de l'homme. Fasc. XXXII du Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et P. Delbet. Paris 1916.

SARRAUTTE. — Thèse de Toulouse 1900.

SIMMONDS. — Tuberkulose der Männlichen Genital-systems. Deutsche Med. Wochen. 1915, n° 4.

SUSSIG L. — Zur frage der genese und ausbreitung der Männlichen Genital-tuberk. — Deutsche für Chirurg. 1924, p. 145.

THÉVENOT ET COLLOMB. — Tuberc. aigüe du testicule, castration. Guérison. Lyon médical 1929, p. 755.

WALSHAM. — Two cases of tuberc. test. with anormalous symptom. Brit. Med. Journ. Mai 1884.

Traitement de la tuberculose testiculaire, III^e Congrès Intern. d'Urologie, in Journal d'Urot. T. XXIV, p. 353, 1927.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
La tuberculose du testicule à forme hypertrophique	13
Anatomie pathologique	19
Symptômes	21
Evolution et Pronostic	25
Diagnostic	27
Traitement.....	33
Observations.....	35
Conclusions.....	83
Bibliographie	85

